

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária



IMPLEMENTAÇÃO DOS NACJR

**Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco no Agrupamento dos Centros de
Saúde do Alentejo Litoral**

Elaborado por: Maria Cristina Ribeiro Caixas Lima

BEJA

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

TRABALHO DE PROJECTO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS NACJR

Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco no Agrupamento dos Centros
de Saúde do Alentejo Litoral

Trabalho de Projecto no âmbito do Mestrado em Saúde Comunitária apresentado à
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por:

Maria Cristina Ribeiro Caixas Lima

Orientado por:

Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

BEJA

2012

Não temos nas nossas mãos as soluções para todos os problemas do mundo, mas diante de todos os problemas do mundo temos as nossas mãos.

Friedrich Von Schiller

AGRADECIMENTOS

É imperioso agradecer de forma pública a todos os que, directa ou indirectamente, ajudaram a concretizar a elaboração deste trabalho de projecto.

Às professoras do Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária do Instituto Politécnico de Beja, pela orientação inicial e incentivo.

A todos os profissionais do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral pela colaboração, apoio e disponibilidade.

Aos Enfermeiros, em especial, pela disposição para a mudança e pelo contributo para o desenvolvimento e cumprimento desta nobre missão.

À Doutora Margarida Santos e restante equipa dos parceiros comunitários pela disponibilidade e contribuição para o processo reflexivo sobre as práticas.

Aos Doutores Mário Jorge e Agostinho Grelha pelo contributo imprescindível e pertinência das suas observações.

Ao Enfermeiro José Madeira pelo apoio e envolvimento ao longo do processo, sem o qual não teria sido possível este percurso.

Aos amigos em geral pela amizade traduzida na esperança de voltarmos a ter disponibilidade e lazer.

À orientadora deste trabalho, a Professora Doutora Helena José, um agradecimento especial, pela serenidade, rigor, apoio e confiança, contributos essenciais no percurso efectuado.

Aos "primos" Esmeralda e Paulo Nuno pelo apoio indispensável, traduzido na ajuda essencial, cumplicidade, tolerância e incentivo.

À minha família, pelo apoio incondicional agradecendo e pedindo ao mesmo tempo “perdão” pelo tempo que não lhes dediquei.

A vocês filhas, Maria e Margarida, pela compreensão, tolerância, partilha e pela descoberta da vossa autonomia.

Finalmente, a ti Zé, pela felicidade de celebrar contigo o quotidiano.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde
ACESAL – Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral
AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência
APA – *American Psychological Association*
APAV – Associação de Protecção e Apoio à Vítima
ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo
CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros
CIPE – Classificação Internacional Prática Enfermagem
CM – Câmara Municipal
CNPCJR – Comissão Nacional de Protecção a Crianças e Jovens em Risco
CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral de Saúde
ICN – Conselho Internacional Enfermeiros
INE – Instituto Nacional Estatística
IP – Intervenção Precoce
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NEE – Necessidades Educativas Especiais
NLI – Núcleo Local de Inserção
OE – Ordem dos Enfermeiros
REPE – Regulamento do Exercício à Prática de Enfermagem
RS – Rede Social
SAM – Sistema Informático de Apoio Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SE – Saúde Escolar
SINUS – Sistema Informático das Unidades de Saúde
SSI – Sistema Segurança Interna
SUB – Serviço de Urgência Básica
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saude Personalizados

USP – Unidade de Saude Publica

RESUMO

O presente trabalho de projecto enquadra-se na problemática dos maus tratos a crianças e jovens em risco e tem como objectivo implementar, a nível dos Centros de Saúde do Agrupamento do Alentejo Litoral (ACESAL), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

O desenvolvimento de um projecto de intervenção sobre crianças e jovens em risco em todos os Centros de Saúde e Hospitais com atendimento pediátrico do Serviço Nacional de Saúde deu início à concepção de uma Rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Posteriormente, o projecto obteve um novo estatuto e uma alteração à sua dinâmica, ao ser concebida a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, dando seguimento ao trabalho desenvolvido. Contudo, foi sentida a necessidade de conciliar o desenvolvimento da “Acção” com o modelo organizativo da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O desenvolvimento de um trabalho desta natureza prende-se com a necessidade imperiosa de operacionalizar a intervenção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como entidades de primeiro nível na identificação, na sinalização e no encaminhamento/resolução desta problemática tão emergente na actual conjuntura social. O seu desenvolvimento foi direccionado para a enfermagem comunitária, enquanto objecto de estudo centrado numa abordagem sistémica.

É de salientar o reconhecimento e a importância do papel do enfermeiro na integração de grupos de trabalho desta natureza como elemento “pivô” para a sua consecução, assumindo, de acordo com o seu Código Deontológico, o dever de conhecer as necessidades da população, participando e orientando nas respostas para os problemas de saúde encontrados, colaborando com a equipa multidisciplinar em programas que respondam assertivamente às necessidades detectadas nessa mesma comunidade.

A sua elaboração tem como objectivo desenhar, segundo a Metodologia do Projecto, a implementação e operacionalização dos NACJR no ACESAL.

Palavras Chave – Família, Crianças, Maus tratos, Promoção de Saúde.

ABSTRACT

The current project work fits in the problematic concerning the overall abuse on endangered children and adolescents and aims at implementing the Nucleus of Support to Children and Teenagers in Danger (NACJR) in the Alentejo Litoral Health Centers Group (ACESAL).

The development of an intervention project about children and adolescents at risk in all the Health Centres and Hospitals with pediatric treatment belonging to the National Health Service triggered the conception of a Network of Nucleus of Support to Children and Adolescents in Danger. Afterwards, the project gained a new status and a change in its dynamics after the creation of the Health Action for Children and Adolescents in Danger, following the work developed so far. However, there was a need to conciliate the development of “Action” with the organizational model of the Primary Health Care reform.

The development of this type of work is linked to the imperative need to operationalize the intervention at the level of the Primary Health Care (CPS) as first level entities in the identification, signaling and routing/resolution of this so emerging problematic in the current social context. Its development has been directed to community nursing as a study object centered on a systemic approach.

It should be noted the recognition and the importance of the nurses’ role in the integration of work groups of such nature as a pivot element to its attainment, assuming, according to their Code of Ethics, the duty to know the population’s needs, taking part and orienting on the answers to the found health problems, cooperating with the multidisciplinary team in programs that assertively respond to the needs detected in that same community.

Its elaboration aims at drawing, according to the Project Methodology, the implementation and operationalization of the NACJR in the ACESAL.

Key Words – Family; Children; Abuse; Health Promotion

ÍNDICE

		Pág.
0 -	<u>INTRODUÇÃO</u>	16
1 -	<u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	20
1.1 -	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	35
1.2 -	PROBLEMATIZAÇÃO.....	37
1.2.1 -	<u>Caracterização da Problemática no ACESAL</u>	46
1.3 -	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	54
2 -	<u>ANÁLISE DO CONTEXTO</u>	55
2.1 -	CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DA REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PROJECTO.....	55
3 -	<u>DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS</u>	73
4 -	<u>METODOLOGIA E SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS</u>	74
4.1 -	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	77
4.2 -	INTERVENÇÃO, ACTIVIDADES, RECURSOS, RESULTADOS E AVALIAÇÃO.....	78
4.3 -	ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	79
5 -	<u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</u>	80
6 -	<u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO</u>	94
6.1 -	AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	94
6.2 -	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	96
7 -	<u>CONCLUSÃO</u>	101
8 -	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	103
	APÊNDICES.....	111
	Apêndice I – Pedido formal de autorização ao Director Executivo do ACESAL, para cedência dos Relatórios Anuais das CPCJ de todos os concelhos do Alentejo Litoral.....	112

Apêndice II – Convocatória para a realização de reunião de trabalho com os coordenadores das Unidades Funcionais de cada Centro de Saúde do ACESAL.....	114
Apêndice III – Pedido informal à Direcção Geral de Saúde para Formação sobre os NACJR no ACESAL.....	116
Apêndice IV – Pedido formal à Direcção Geral de Saúde para Formação sobre os NACJR no ACESAL.....	118
Apêndice V – Estratégia Orçamental.....	120
Apêndice VI – Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco - Programa e Objectivos.....	122
ANEXOS.....	124
Anexo I – Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares.....	125
Anexo II – Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica/ Serviço de Urgência Básica/ Consulta de Reforço ou outra.....	131
Anexo III – Guia de Registo de Visitação Domiciliária.....	137
Anexo IV – Modelo de Relatório para Aplicação do Artigo 91º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro.....	140
Anexo V – Modelo de Relatório para Denúncia de Situação de Mau Trato em Criança/Jovem como Crime Público.....	142
Anexo VI – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).....	144
Anexo VII – Fluxograma de Intervenção nos Centros de Saúde.....	165
Anexo VIII – Fluxograma de Intervenção nos Hospitais/Serviço de Urgência..	167

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo de Ecologia de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1996).....	28
Figura 2 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.....	34
Figura 3 – Área total dos concelhos verificada em 2010, em Km ²	55
Figura 4 – Número de freguesias por município em 2010.....	56
Figura 5 – Território dos municípios e freguesias que constituem a região do Alentejo Litoral.....	56
Figura 6 – Densidade populacional existente por município em hab./Km ² em 2010.....	57
Figura 7 – Organigrama do ACESAL.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Situações de Perigo detectadas nas crianças e jovens com processo nas CPCJ.....	41
Gráfico 2 – Entidades sinalizadoras das situações de perigo no ano de 2010.....	42

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Idade da vítima/utente (2000/2009).....	44
Tabela 2 – Crimes perpetrados contra crianças (2000-2009).....	45

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Idade da Vítima.....	43
Quadro 2 – Tipo de Família da Vítima.....	43
Quadro 3 – Actividade processual das CPCJ do Alentejo Litoral 2010.....	47
Quadro 4 – Tipologia das situações de perigo.....	48
Quadro 5 – Entidade Sinalizadora das Situações de Perigo.....	50
Quadro 6 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Alcácer do Sal).....	58
Quadro 7 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Grândola).....	59
Quadro 8 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Santiago do Cacém).....	60
Quadro 9 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Sines).....	61
Quadro 10 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Odemira).....	62
Quadro 11 – N.º Utentes inscritos por Centro Saúde, por sexo e grupo etário.....	64
Quadro 12 – Indicadores demográficos por Concelho.....	66
Quadro 13 – Consultas por Programa de Saúde/por Centro de Saúde (SINUS).....	67

Quadro 14 – Utentes inscritos por Centro de Saúde/Grupo Etário (0-18)/Sexo.....	68
Quadro 15 – Distribuição de número de profissionais por grupo e Centro de Saúde/Unidade Funcional – 1 de Janeiro de 2011.....	70
Quadro 16 – Missão, Visão, Valores, Vectores Estratégicos, Perspectivas e Objectivos Estratégicos do ACESAL.....	70
Quadro 17 – Cronograma de Actividades.....	77
Quadro 18 – Intervenção, Actividades, Recursos, Resultados e Avaliação.....	78

0 - INTRODUÇÃO

Os maus tratos em crianças e jovens são entendidos actualmente como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2008). A violência pode ocorrer ao longo do ciclo vital, a nível global, sem distribuição de classe, etnia, nível económico, religião ou educação. Este fenómeno, nas suas diferentes formas de expressão é, nos nossos dias, encarado como um dos principais problemas de saúde pública, envolvendo directa ou indirectamente indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos tendo, implicações graves e imediatas para a saúde e para o desenvolvimento psicossocial de indivíduos, famílias, comunidades e países. Considera-se, assim, uma forma de violação dos Direitos Humanos e da liberdade da dignidade humana, limitando o reconhecimento de tais direitos (Ramião, 2010).

O presente trabalho tem como objectivo desenhar, segundo a Metodologia de Projecto, a implementação no terreno dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), bem como a intervenção dos Centros de Saúde enquanto entidades de primeiro nível na promoção dos direitos e protecção de crianças e jovens em risco, conforme referidos na Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. Para tal, foi proposto levar a cabo o presente trabalho de projecto intitulado “Implementação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco no Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral”.

Como Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária a desempenhar funções em Centro de Saúde, concretamente na área de Saúde Infantil e Saúde Escolar, reconhece-se a importância do papel de todos os profissionais de saúde e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como entidades de primeiro nível na identificação, na sinalização e na resolução desta problemática emergente na actual conjuntura social. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) refere, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, que:

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projectos de

saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo intervêm em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais. (p.1)

Assim, e nesta perspectiva, pelo seu conhecimento e experiência de uma vida profissional rica em vivências com a comunidade, considera-se de grande importância ter integrado o NACJR do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL).

Importa também acrescentar que um dos objectivos estratégicos que presidiu à opção por este trabalho de projecto foi o facto de este se constituir uma prioridade do ACESAL como missão organizacional, enquadrando-se no alinhamento dos valores do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Deste modo, garantir-se-á a continuidade de cuidados e a concentração de esforços nos grupos mais vulneráveis, como é o caso das crianças e dos jovens, de forma a obter ganhos em saúde.

Assim, o presente trabalho de projecto tem como finalidade:

- Operacionalizar, a nível dos Centros de Saúde do Agrupamento do Alentejo Litoral, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. (Conforme Despacho da ministra da saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro).

Deste modo, o desenvolvimento e a execução deste trabalho de projecto terá como objectivo geral:

- Implementar a intervenção no domínio dos maus tratos, promovendo as boas práticas face a este problema de saúde.

O objecto de interesse do trabalho em presença constitui o desenvolvimento natural de um percurso profissional que se inicia com a licenciatura em Enfermagem. Mais recentemente, vai-se definindo e tomando forma com uma investigação que, em 1999, corporiza com o Curso de Estudos Superiores de Enfermagem em Saúde Comunitária, vertente infanto-juvenil. São as dimensões materiais, simbólicas, psicológicas e sociais envolvidas nos maus tratos a crianças, no contexto da família, que suscitam uma especial atenção e uma necessidade de compreender um fenómeno reconhecidamente complexo, multideterminado e com implicações diversas.

São as razões e as condições, os actos e as representações, as dificuldades e as soluções, os contextos de vida e do desenvolvimento, as trajetórias existenciais destas crianças, as suas vivências e qualidade de vida, que constituem o núcleo substantivo do itinerário do conhecimento aqui traçado. Pretende-se que este trabalho de projecto possa servir como “organizador” sustentado de eventuais contributos para a intervenção em rede, reparadora das falhas psicológicas, relacionais e sociais, geradoras de vazios onde a desordem, a perturbação, a desorganização, a disfuncionalidade e o sofrimento se instalam.

Na diversidade de situações vividas pelas crianças maltratadas e das soluções tentadas para os seus problemas impõe-se a necessidade dos serviços de saúde, que os assistem e os protegem, lhes facultem a possibilidade de conhecer caminhos seguros, de forma a minimizar conflitos emocionais intensos que, silenciosamente, se vão tornando dramas e situações difíceis para estas crianças.

A elaboração deste documento, após a introdução, estrutura-se em oito capítulos. O primeiro incide essencialmente na contextualização da problemática dos maus tratos na sociedade actual e na sua caracterização a nível do ACESAL, abordando a relevância que a mesma assume nos CSP, como instâncias de primeiro nível na sua resolução e nas prioridades a tomar, sentindo como necessidade a implementação dos NACJR.

O segundo capítulo será referente à análise do contexto onde se vai desenvolver o trabalho em questão, sendo feita uma breve caracterização do ACESAL, referenciando alguns indicadores geo-demográficos e a estratégia/organizacional em que o mesmo se alicerça.

Os terceiro e quarto capítulos incidem na definição dos objectivos, a metodologia utilizada e selecção de estratégias. É neste contexto que se faz a abordagem do cronograma de actividades, bem como a planificação segundo a Metodologia de Projecto, das intervenções, dos recursos, dos resultados e avaliação. Foram, também, enunciados os contactos efectuados e as entidades envolvidas, assim como a análise da estratégia orçamental.

Os quinto e o sexto capítulos reportam-se à análise reflexiva sobre as intervenções accionadas e à análise reflexiva sobre o processo de avaliação, revelando as suas principais contribuições, a consistência das metodologias utilizadas, os resultados obtidos empregando, para tal, a análise SWOT.

O sétimo capítulo surge como a conclusão possível do trabalho realizado.

No último capítulo surgem as referências bibliográficas, de forma a permitir, a

quem desejar, um aprofundamento da problemática em estudo.

O presente trabalho de projecto foi redigido tendo em consideração as normas genéricas já existentes no Instituto Politécnico de Beja, seguindo as linhas Orientadoras para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Académicos que tem como referencial as normas *da American Psychological Association* (APA).

1 – **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O carácter universal no reconhecimento dos direitos das crianças como sujeito de direito é, hoje em dia, um dado adquirido e uma relevante aquisição civilizacional.

Nesta perspectiva, emerge um esforço competente, empenhado e muito consciente de todos aqueles que, como representantes dos Sistemas Internacionais e Nacionais de Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças, defendem a concretização deste desígnio.

A Convenção sobre os Direitos da Criança adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989, e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, define, no seu artigo n.º 1 (p.6), que: “Nos termos da presente convenção criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se nos termos da lei que lhe for aplicável atingir a maioridade mais cedo.”

Importa aqui salientar a defesa da designação de “Pessoa”, segundo a OE (2001), como sendo:

(...) é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (p.7)

Constata-se, cada vez mais, uma maior sensibilização por parte da sociedade actual para os direitos e para as necessidades das crianças, através de uma crescente responsabilização e protecção do seu bem-estar (Ramião, 2010). A condição jurídica da valorização da criança, nos finais do século XX, constata um entendimento da infância enquanto realidade construída em sociedade, individualmente compreendida de acordo com o género, a classe ou outras. Deixa, assim, de ser encarada enquanto uma condição universal, reconhecendo-se a sua heterogeneidade, por oposição a uma realidade universalmente reconhecida do ponto de vista biológico (Wyness, Harrison & Buchanan, 2004).

Sendo o “Ambiente“ onde as pessoas estão inseridas, influenciador dos seus estilos de vida e consequentemente da sua saúde, importa referir a sua definição (OE, 2001):

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente. (p.7)

Nunca como hoje, os técnicos de acção social, educação, saúde ou justiça terão estado tão atentos às necessidades das crianças e ao desempenho educativo dos pais. Consta-se que a sociedade, em geral, atribui um papel às famílias, nomeadamente aos pais, atribuindo-lhes a privilegiada e tão importante tarefa na educação dos filhos e na sua responsabilidade para um desenvolvimento equilibrado. O que se entende quanto ao papel da família como instituição tão proclamada na sociedade em geral?

O conceito de família, na sociedade actual, há muito que deixou de ter o significado conceptual tradicional a que se estava habituado. A mudança de paradigma foi evidente, deixando lugar a várias formas de organização familiar, traduzindo-se num outro olhar bem diferente do clássico modelo “pai, mãe e filhos” (Torres, Mendes, Brites & Lapa, 2004). Depara-se, assim, com recentes formas de organização e de estrutura familiar, sendo muito difícil encontrar uma definição concreta e consensual, optando-se por usar uma perspectiva holística, focando o que se valoriza como intervenientes directos no papel que os vários tipos de família exercem no seu agregado familiar.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2002a), família é um conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo constituído por membros relacionados pelo sangue, vínculos emocionais ou uniões legais, abrangendo as pessoas significativas que compõem as partes do grupo.

A família é considerada como a “unidade natural” e fundamental da sociedade. É uma organização baseada em relações definidas pelo nascimento e pelo matrimónio, uma unidade de parentesco mobilizada para resistir. A larga duração da experiência familiar que, de alguma forma existe no mundo inteiro e compreende todos e cada um dos indivíduos, a intimidade de contactos e as obrigações sociais e legais impostas pela competência da família, fazem desta uma instituição que engloba a maioria da população (Minuchin, 1990; Hanson, 2005). Mas a família pode caracterizar-se também

como um sistema em mudança porque se vai adaptando à realidade e ao tempo. Sendo um sistema que integra vários subsistemas (individual, parental, conjugal e fraternal), também está inserido em sistemas mais vastos como a comunidade e a sociedade. O seu grau de abertura é variável conforme a sua organização, pois a família possui uma dinâmica própria e uma capacidade auto organizativa que lhe conferem individualidade e autonomia. Poder-se-á considerar, assim, que a família desempenha dois tipos de funções diferentes:

- Função interna (desenvolvimento e protecção dos seus membros).
- Função externa (socialização, adequação e transmissão de cultura que lhe está associada), desenvolvendo, assim, a criação de um sentimento de pertença ao grupo e de uma individualização/ autonomização dos seus membros (Relvas, 1996; Bertalanffy, 1997; Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999).

Importa também acrescentar a visão da perspectiva sistémica social, que vê as famílias como um todo social tal, como defende Correia (2002):

A perspectiva sistémica social vê as famílias como um todo social com características e necessidades únicas, que por sua vez se insere num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais. Todos estes elementos são interdependentes e influenciam-se mutuamente. (pp. 19-20)

O ciclo vital da família também é outro conceito tido em conta aquando da reflexão sobre esta temática. Não sendo um conceito recente, convém recordá-lo, para responder ao desafio actual das novas dinâmicas familiares.

Segundo Relvas (1996), o ciclo vital da família é uma sequência onde se prevêem modificações na organização familiar, modificações essas que implicam mudanças na sua evolução histórica, resultantes da evolução dos membros que compõem a família.

Os problemas de saúde da família estão entrelaçados. Assim, a conservação e a melhoria da actividade da família constitui, frequentemente, uma preocupação principal dos CSP, sendo que a actividade geral da família, ou seja, a facilidade com que esta pode mover-se como “unidade” para resolver os seus problemas e elevar ao máximo o potencial dos seus membros, influirá profundamente nas possibilidades em matéria de saúde.

É, assim, reconhecido o papel relevante que esta ocupa como grupo preferencial nos Cuidados de Saúde da comunidade, dada a sua inter-relação.

Na maior parte dos contextos onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional, o seu foco, directa ou indirectamente, é centralizado na família, tendo em consideração a sua saúde global, desenvolvimento, e a forma como a mesma contribui para a sociedade. Cuidar a família é um dos essenciais interesses da enfermagem, sendo que o contexto familiar permite a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos membros que a compõem (ICN, 2002b).

Destaca-se o papel do enfermeiro como gestor e organizador de recursos que permitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-activos nos seus processos de vida. Evidenciam-se como promotores de saúde, pela concretização do seu desempenho no trabalho de proximidade com as famílias.

Importa citar a definição de Saúde, de acordo com a OE (2001):

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. (p. 6)

A preparação para a parentalidade poderá ser definida como um conjunto de experiências que potenciam nos pais um maior conhecimento e capacidade de compreensão. O papel que os profissionais de saúde podem promover, em intervenções desta natureza, pode afectar positivamente a satisfação e o funcionamento das famílias. É de extrema importância valorizar o trabalho de apoio às famílias e tornar público o seu impacto na sua qualidade de vida e das próprias comunidades onde se integram, para que, desta forma, se reforcem as políticas sociais no campo da parentalidade, mais adequadas ao que são hoje os contornos e realidades das famílias na sociedade portuguesa, prevenindo e combatendo as desigualdades sociais.

Importa, assim, potenciar o trabalho de prevenção e de investimento na infância ou na juventude, tornando evidente que todo o esforço efectuado com as famílias tem um papel crucial na qualidade de vida das crianças e jovens, no presente, no seu futuro e

no das comunidades onde estão agregados. A condição fundamental de promoção de confiança entre indivíduos, grupos sociais e instituições, passa por fomentar a coesão social. É primordial reforçar a premissa de que apostar na formação parental e noutros modelos de intervenção sobre a parentalidade é uma condição fundamental para a formação de pleno direito a uma concreta efectivação individual e colectiva, numa sociedade que se deseja democrática e interveniente (Williams, 2010 citado em Sampaio, Cruz & Carvalho, 2011).

Nesta perspectiva, os CSP deverão facilitar o acesso a intervenções pedagógicas, adequando programas e projectos a cada realidade particular como resposta fundamental para a promoção e capacitação dos pais no desempenho das funções básicas, de manutenção da vida, educativas, de estimulação, apoio emocional, supervisão e estruturação do ambiente.

A família é um produto do tempo e do ambiente. Pode considerar-se a criança em risco como aquela que, pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família e dos ambientes que a rodeiam, terá fortes probabilidades de ver comprometida a satisfação das suas necessidades. (DGS, 2008)

Neste contexto, a UNESCO (1998), na Declaração de Salamanca, definiu o conceito de “alto risco” como a presença de características ou condições da própria criança ou do meio no qual cresce e se desenvolve, as quais implicam uma alta possibilidade de produzir efeitos negativos sobre o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Assim, a etiologia do risco, terá de ser vista numa perspectiva interactiva em que as condições económicas e culturais da família, as características da criança, a personalidade dos pais e a qualidade dos ambientes que a rodeiam, actuam de uma forma recíproca reflectindo-se no desenvolvimento da criança.

Apesar das variadas definições dos conceitos de risco e de perigo, optou-se por seguir as orientações técnicas emitidas pela Direcção Geral de Saúde no seu documento técnico "Intervenção da Saúde", no que concerne a esta temática em questão. Para tal, considera a DGS (2008):

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de perigo definidas na lei (...), podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo. (p. 7)

Existe um provérbio nigeriano que diz que é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança. Tal é especialmente verdade, se essa criança se desenvolve num contexto de risco. Pais e profissionais precisam uns dos outros, a fim de serem verdadeiramente eficazes e ajudarem todas as crianças a crescer e a tornarem-se parte da comunidade.

A nível do Direito Internacional e Nacional, a criança é reconhecida como sujeito autónomo de direitos fundamentais, e a família, como suporte afectivo, educacional e socializador essencial. Cabe ao Estado, à comunidade, às instituições, a cada profissional, a cada cidadão, participar e garantir os direitos da criança e da família.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1990), é essencial promover o bem-estar das crianças e das famílias, assegurando a resposta às suas necessidades específicas. As responsabilidades decorrentes da assistência em todas as medidas deverão ser adequadas para que, à criança, seja garantida protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e os deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo, ao longo do seu desenvolvimento.

Com efeito, a necessidade de reflectir sobre os princípios, os procedimentos e as metodologias que assegurem o encaminhamento/acompanhamento das crianças em risco tem, desde há muito tempo, vindo a ser considerada por todas as instituições envolvidas, numa perspectiva integrada.

Porém, pela análise das estatísticas de diferentes organismos oficiais e também pela intervenção de vários técnicos e entidades no terreno, há conhecimento de um número elevado de crianças que no seu percurso de vida tiveram momentos em que os seus direitos não foram salvaguardados, marcando-os, assim, de forma mais ou menos profunda, consoante a gravidade da situação e / ou apoio que tiveram, pela rede de suporte que as salvaguardou, de forma a encontrarem um sentido para a vida.

Há necessidade, por parte dos profissionais, de terem um conhecimento das estruturas/interacções familiares, de modo a poder desenvolver-se um trabalho que deixará de ser centrado na família, para poder ser centrado no seu contexto familiar, tendo como ponto de partida os interesses da criança, bem como as necessidades básicas da família. Uma orientação sistémica será o instrumento necessário. Entendendo que os diferentes agentes da comunidade são forças interactivas dentro da rede que abrange

uma família, poder-se-á entender que esta orientação é a pedra fundamental de trabalho e de colaboração, sendo essencial dirigir as intervenções necessárias numa estrutura de base sustentada. Se todos os profissionais conseguirem aceitar as relações encontrando formas alternativas para lidar com cada diferença familiar, vão aumentar a eficiência do sistema e melhorar a qualidade da ajuda oferecida às famílias (Minuchin, et al, 1999).

É necessária a existência de uma atitude geral de prevenção, antecipando os problemas que possam gerar violência, intervindo precocemente para a sua resolução.

Ao serem criadas condições e oportunidades para o desenvolvimento dos factores de resiliência ou factores protectores, estes ajudarão cada criança/família a superar, a resistir ao “stress” e à adversidade do ambiente.

Sabe-se que o acompanhamento da criança em risco é uma tarefa muito complexa, que envolve muitas pessoas e tem como objectivo apoiar e não substituir ou suplantar o papel central das famílias na prestação dos cuidados às crianças. Começar-se-á por questionar, não qual o melhor modelo para avaliar a situação da criança em risco, mas, antes, qual a melhor abordagem a ser utilizada nesta criança particular, que vive com esta família concreta e neste meio específico.

Esta intervenção não deve ser feita esquecendo ou colocando em segundo plano os interesses da criança; ela deve ser o ponto de partida, pois a prática mais sólida mostra que prevenir é melhor que remediar. Deve dar-se ênfase à criança e aos adultos que se constituem como elos mais saudáveis e, o acompanhamento dos adultos que maltrataram, deve ser perspectivado em simultâneo, mas nunca em detrimento do trabalho anterior.

A intervenção centrada na família é, pois, orientada de modo a produzir mudanças no sistema social, procurando localizar redes formais e informais que irão ao encontro dessas necessidades como oferta de suporte para a sua utilização, de modo a ajudar as famílias. Qualquer profissional, ao iniciar este processo de identificação das necessidades, preocupações, forças e recursos da família, está a assumir o compromisso de desenvolver estratégias e actividades que ajudem a mesma a obter o que necessita da sua intervenção (Almeida, 2004).

De acordo com Reppold e Cols (2002), citado em Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg (2004),

Uma intervenção feita com pais é a possibilidade de uma aplicação directa do conhecimento de estilos parentais. Isto significa um processo de munir os pais com conhecimentos específicos e habilidades que lhes permitam promover o desenvolvimento e a competência das suas crianças. Um

trabalho de orientação para pais é de extrema importância pois implica o melhor desenvolvimento de crianças, que por sua vez serão os pais de amanhã, atingindo inclusive outras gerações. A intervenção com pais como o treinamento, por exemplo, pode acarretar em grande benefício para as famílias: melhoria nas actividades parentais e aumento da coesão familiar. (p. 330)

Entende-se, assim, que investir no trabalho com as famílias é apostar na relação de programas concretos. O investimento nas parcerias e no trabalho em rede são variáveis determinantes no apoio a estas famílias, na medida em que se entende que a protecção social das mesmas tem de ser alvo de políticas sociais/familiares integradas.

Dada a importância do significado psicológico do contexto ambiental para a compreensão dos processos que envolvem família e criança, e a sua influência nas práticas educativas familiares, optou-se por uma abordagem ecológica, de acordo com o modelo de Bronfenbrenner (1996) citado em Martins e Szymanski (2004). A Teoria Ecológica do Desenvolvimento defende possibilidades de analisar aspectos da pessoa, no contexto onde vive e os processos interactivos que influenciam o próprio desenvolvimento humano em determinado período de tempo.

As reformulações do citado modelo ecológico incluem uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa e as interacções particulares que vão operar com o ambiente ao longo do tempo, repercutindo-se nos mecanismos que produzem o próprio desenvolvimento humano. Conceitos como “Pessoa”, ”processo”, ”contexto” e “tempo” são defendidos pelo autor como aspectos multidireccionais e inter-relacionados. Entender a realidade do fenómeno dos maus tratos na infância, à luz da abordagem ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner, é compreender de forma contextualizada a importância dos ambientes naturais em que as crianças se desenvolveram, tendo em conta o contexto, o tempo, o processo e a pessoa em causa. Esta perspectiva visa apreender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto em que está integrado, facilitando às redes de apoio a escolha da estratégia de intervenção mais adequada para cada família. O modelo ecológico do desenvolvimento humano incluiu um conjunto de estruturas que, no entender do autor, interferem mutuamente entre si, afectando conjuntamente a criança. A designação de “micro”, “meso”, “exo” e “macrossistemas” são estruturas que se encaixam topologicamente como uma organização concêntrica cada uma contida na seguinte, tal como nos ilustra a figura 1.

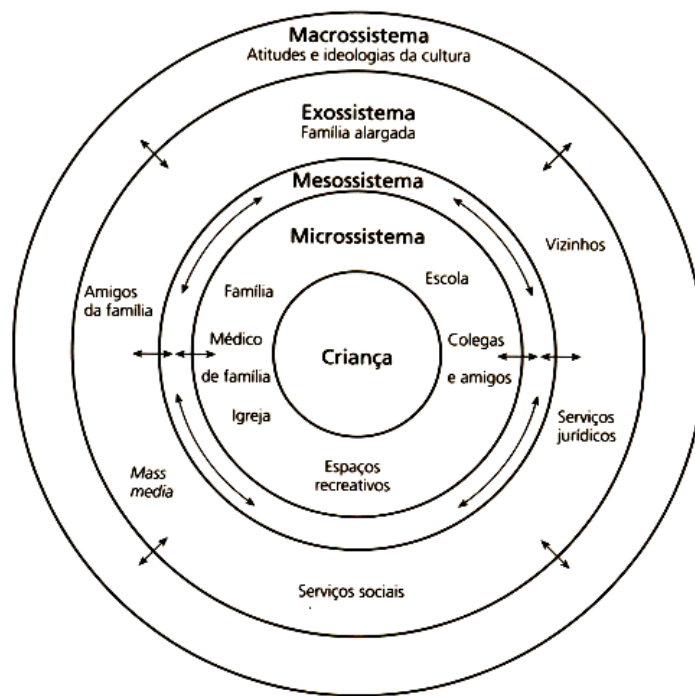


Fig. 1 – Modelo de Ecologia de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1996) adaptado de *The Child: Development in a Social Context*, edited by C. B. Kopp & J. B. Krakow 1982, Addison-Weslwy Publishing Co, Reading, Massachussetts, (p. 648) (Fonte: Nunes, J., Gonçalves, M., (2007-2008). *Crescer Projecto de Intervenção Precoce*. Centros de Apoio Psicopedagógicos de São Vicente e de Porto Moniz. (p.12)

Salientado o facto de que a perspectiva “ambiente” adoptada neste projecto vai ao encontro do que defende Bronfenbrenner (1996), considera-se que a acção de um profissional devidamente capacitado (competência de um Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária) reforçará a necessidade de articular os diferentes serviços disponíveis na comunidade (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI, Rede Social – RS, Núcleo Local de Inserção – NLI, Saúde Escolar – SE Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – CPCJ), procurando atenuar as condições adversas de muitas famílias, permitindo um melhor desenvolvimento da criança. Para tal, e mais uma vez avocando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001),

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem paralelamente a aprendizagem da forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde. (p. 9)

Neste trabalho, o enfermeiro e toda a equipa multidisciplinar, ao inventariarem as necessidades da família, devem estar conscientes que todas são diferentes e funcionam como sistemas interactivos complexos, com valores, estruturas e funções estabelecidas.

A família, como grupo social fundamental, independentemente dos modelos que assume na sociedade actual, tem necessidade de ser reforçada e protegida porque, constituindo o principal agente do desenvolvimento e progresso da vida, encontra-se, hoje em dia, num processo de fragilidade, quem sabe ameaçada de perigo.

No exercício profissional, o enfermeiro estabelece relações interpessoais entre uma pessoa, ou entre um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer o enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – provenientes das diferentes circunstâncias ambientais em que vivem e se desenvolvem. Aquando das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro salienta-se pelas suas competências, o que lhe permite compreender e respeitar os outros, num quadro onde procura eximir-se de juízos de valor relativamente à pessoa, família ou comunidade, alvos dos cuidados de enfermagem (OE, 2003).

Nos últimos anos, tem-se verificado, em Portugal, grande preocupação com os problemas das crianças em risco, ligados a factores sociais, familiares e individuais, constituindo uma preocupação cada vez com maior relevo. No exercício das funções como enfermeiros, estes deverão potenciar um trabalho de toda uma equipa multidisciplinar, evitando intervenções isoladas, congregando assim todos os esforços para a resolução eficaz da situação-problema.

Alguns apoios políticos e institucionais (organização de iniciativas governamentais ou da sociedade civil que visam a salvaguarda dos direitos das crianças em risco) têm vindo a ser prestados.

Os instrumentos formais de actuação de todos os que trabalham na busca de respostas para esta problemática têm, entre outros, os objectivos de:

- Actuar na prevenção primária, junto das crianças e dos jovens, apoiando a família e contribuindo para a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.
- Promover a integração social e a autonomia dos grupos mais vulneráveis.

Estes objectivos concretizam-se ainda em acções específicas e direccionadas para a criança em risco, em articulação com outros serviços.

Assim, e com base no modelo de intervenção precoce em contextos naturais de Bronfenbrenner (Teoria Ecológica), poder-se-á ainda introduzir uma outra visão que vem, de certa forma, consubstanciar o modelo citado anteriormente e por este autor também defendido. Trata-se do Modelo de McWilliam (2010), que se justifica pela necessidade de:

- um método que demonstre que há interesse nas famílias e não apenas nas crianças, uma vez que as crianças vivem em família.
- um referencial que permita estabelecer uma relação de confiança e conhecer melhor as famílias das comunidades.
- um método informal que ajude a perceber melhor a rede de apoio às famílias.

A escolha da abordagem transdisciplinar defendida por McWilliam procura ultrapassar as dificuldades das abordagens multidisciplinares que os técnicos no terreno muitas vezes utilizam. A abordagem multidisciplinar implica que uma intervenção ocorra durante uma visita domiciliária, que a família receba doses massivas de demonstração, divide a criança em domínios de desenvolvimento relacionados com a formação de cada profissional, exigindo demasiado tempo à família em causa. Acresce ainda o facto de que se multiplica o consumo de recursos, na medida em que a família recebe múltiplas visitas de múltiplos profissionais (McWilliam, 2010).

A abordagem transdisciplinar defendida por McWilliam contrasta com o modelo multidisciplinar, dado que os técnicos das diferentes disciplinas trabalham em conjunto, planificando, partilhando, resolvendo problemas, ensinando e aprendendo para além das suas disciplinas.

Esta abordagem apresenta, assim, uma diluição de papéis, o que torna cada disciplina menos distinta, mas faz com que a família seja um elemento da equipa, com poder de decisão e de autoridade, promovendo, desta forma, o que presentemente se defende como o mediador de caso, dando cumprimento ao "Princípio da Intervenção Mínima".

Existem vantagens no trabalho de equipa transdisciplinar porque evita a fragmentação de serviços, reconhecendo a criança como um ser integrado e enfatizando a importância da família como elemento da equipa. Esta metodologia de trabalho vem também defender o cumprimento do tão proclamado "Princípio da Subsidiariedade" que

todos os profissionais deveriam respeitar pelas competências atribuídas às entidades de primeiro nível.

Importa tomar consciência que a melhoria de actuação das instituições de primeiro nível passa não só pela acção concertada e articulada, envolvendo todos os parceiros sociais, reforçando-se mutuamente mas, também, em acreditar que a resolução desta problemática se deve adaptar às novas metodologias e abordagens existentes, sob pena de as intervenções não virem a surtir qualquer efeito no futuro.

O direito a uma família, a uma habitação condigna, à integridade física e emocional, a afectos e segurança, a cuidados de higiene e conforto, bem como à abolição dos tratamentos desumanos, são hoje em dia reconhecidos socialmente. Todavia, e por factores de diferentes naturezas (emocional, biológica, social, ambiental), determinadas famílias podem deixar de ser agentes protectores, coibindo muitas vezes um harmonioso desenvolvimento dos seus filhos. É nestes casos que a protecção às crianças e jovens se converte numa missão que, também por imposição legal, compete aos representantes dos sistemas de protecção e à sociedade em geral.

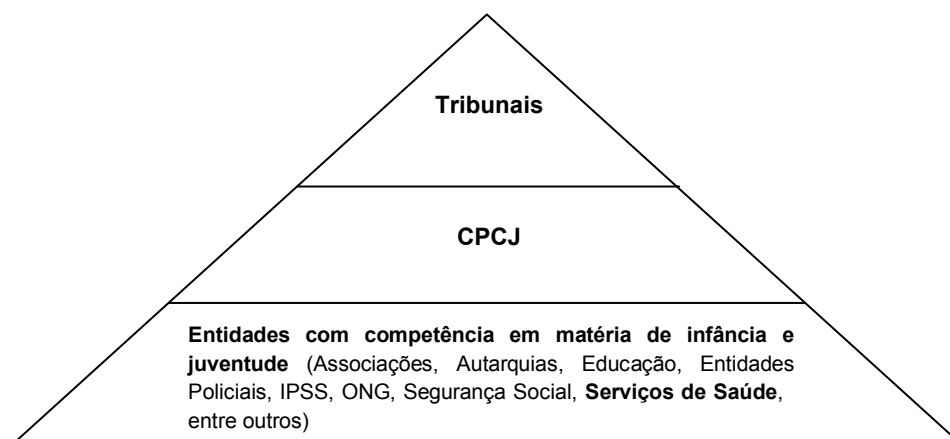
Aos diferentes níveis de intervenção socialmente disponíveis, cabem determinadas competências e responsabilidades próprias que derivam em normas orientadoras específicas. (DGS, 2008):

Actualmente, em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

De acordo com esta, a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção (Figura 2):

- No **primeiro nível**, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude - ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo;
- No **segundo nível**, quando não seja possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também;
- No **terceiro nível**, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Figura 2: Níveis de Intervenção



Nesse contexto, a acção dos Serviços de Saúde adquire relevo particular, enquanto instâncias de primeiro nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os Centros de Saúde (CS) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo – após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o chamado **Princípio da Subsidiariedade**. (p.5)

Para a concretização desta tão almejada missão, assume um papel de relevo a integração dos vários intervenientes responsáveis e o facto de estes disporem de acesso ao conhecimento científico, práticas adequadas e técnicas actualizadas para uma eficaz intervenção sistémica. Para o alcance do máximo potencial de saúde, o caminho que se defende neste projecto assenta, fundamentalmente, no primeiro nível de intervenção, sendo que a promoção da saúde assume aqui um papel preponderante.

Importa aqui salientar o papel da Promoção da Saúde na prática da enfermagem comunitária. Segundo Stanhope e Lancaster (1999) a promoção da saúde engloba medidas gerais positivas, nomeadamente, a educação para uma vida saudável e a criação de condições ambientais favoráveis.

Desta forma, o enfermeiro, de acordo com o seu mandato social, deve dar prioridade à prevenção de complicações para a saúde dos indivíduos, sendo que são elementos importantes, entre outros: (OE, 2001)

- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;

- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega. (pp. 12-13)

A utilização de Modelos Teóricos de Enfermagem torna-se indispensável à construção do objecto científico e à autonomia da enfermagem. Deve atender-se a que os mesmos representam, o mais facilmente possível, a realidade, apresentando um esquema conceptual com consistência, ou seja, uma representação mental estruturada da enfermagem. O modelo teórico representa assim uma forma de reflectir, analisar e representar a própria profissão, repercutindo-se nos cuidados prestados. Os componentes essenciais de um modelo teórico são os postulados que formam o suporte teórico, os valores/crenças que justificam e constituem a razão de ser e o porquê do modelo, sendo que os elementos que o constituem lhe dão sentido e ajudam a perceber a realidade. O presente trabalho de projecto surge como um desafio perante uma avaliação do impacto ou do resultado desta actividade, segundo uma visão de promoção da saúde. Qual a possibilidade de medir e de quantificar a educação para a saúde, a fim de fomentar ou potenciar estilos de vida saudáveis?

É fundamental identificar as concepções, as crenças e os valores subjacentes aos modelos teóricos de enfermagem nos quais o exercício da enfermagem se deverá centrar.

Da revisão bibliográfica feita em torno desta temática, e ao analisar o diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender (1987), tornou-se evidente que o mesmo permitia evidenciar a educação para a saúde, fundamentando assim o contexto da temática abordada, e os referenciais teóricos que incrementam as acções de enfermagem. Dos modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, em relação à mudança de comportamentos sustentados em alicerces fortes, julga-se poder defender a aplicabilidade do modelo de Pender, tal como representa a figura 2.

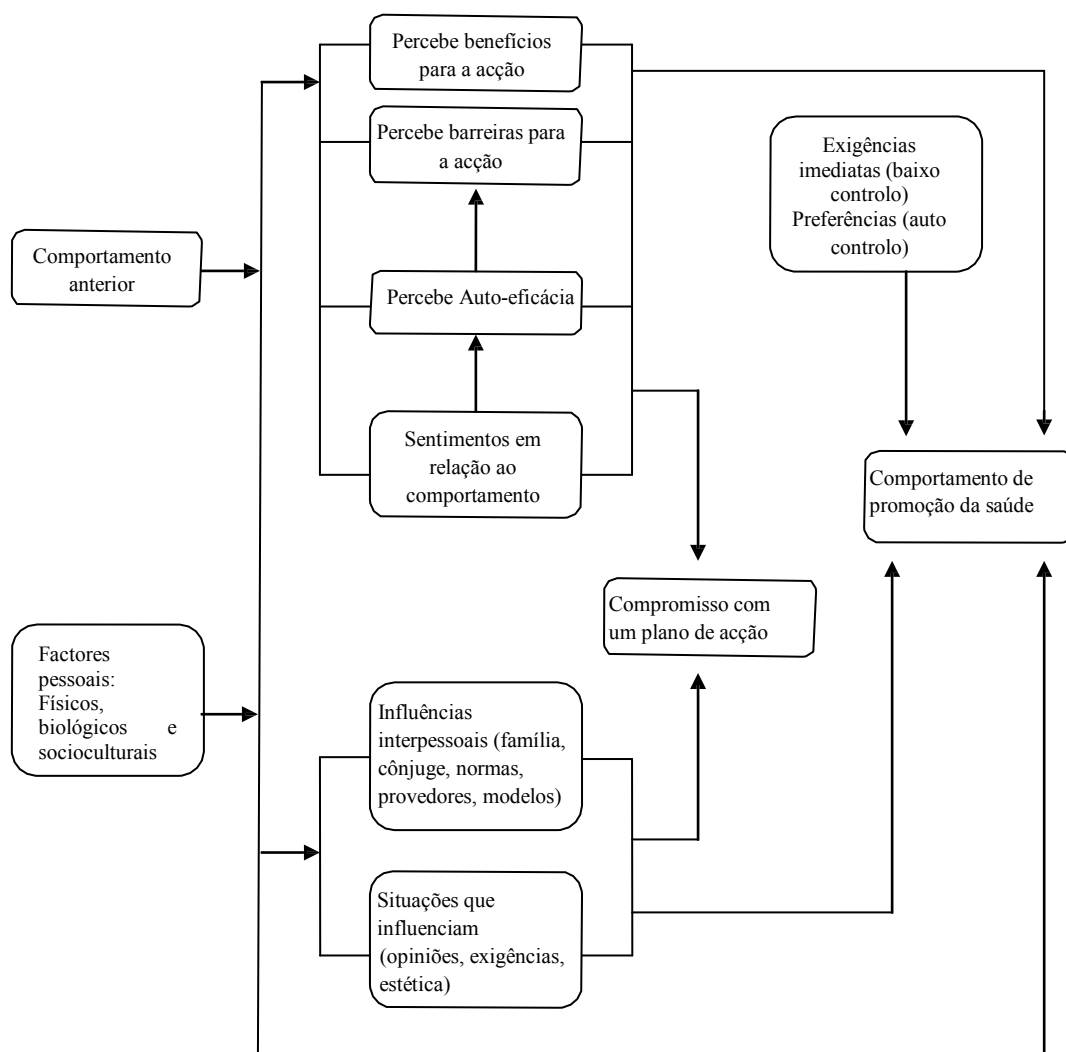


Fig. 2 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender (Fonte: Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*. Acta Paul Enferm, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/appe/v18n3/ao2v18n3.pdf>)

Ao analisar o diagrama do modelo de promoção da saúde de Pender, conclui-se que este contribui para aumentar as opções quanto aos referenciais teóricos que fomentam as acções de enfermagem, facultando escolhas ajustadas para a prática profissional. O presente modelo pode ser usado para implementar e avaliar acções de promoção da saúde, facilitando a avaliação do comportamento que leva à sua adesão, pelo estudo da inter-relação de três elementos essenciais:

- As particularidades e as experiências de cada indivíduo: biológico, psicológico e sociocultural;
- Os sentimentos e os conhecimentos sobre o comportamento que se deseja atingir: percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe

auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, não esquecendo as influências interpessoais e situacionais;

- O comportamento de promoção da saúde que se ambiciona estará directamente correlacionado com: compromisso com o plano de acção, as exigências imediatas e as preferências que vão influenciar positiva ou negativamente o comportamento de promoção de saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A importância social que hoje se atribui à problemática dos maus tratos em menores, tem desencadeado várias medidas de intervenção nesta matéria, mas, não obstante o enquadramento legislativo dessa intervenção e o empenho de diversas instâncias formais e informais que actuam nesta área, identifica-se a necessidade de uma intervenção mais profunda (DGS, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), os maus tratos a crianças consistem no abuso e negligência que são infligidos a crianças menores de 18 anos. Incluem todos os tipos de maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono, negligência e exploração comercial ou de outros tipos, que resulta em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

De acordo com Magalhães (2004), os maus tratos infantis são um grave problema que assola muitas sociedades e culturas do mundo inteiro, colocando crianças e jovens em situações de perigo.

Segundo Gil (1969), citado em Machado e Gonçalves (2002, p.16), mau trato infantil é "Qualquer acto deliberado por omissão ou negligência, originado por instituições ou sociedades, que prive a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento."

Questionam-se os profissionais que quotidianamente lidam com as situações de maus tratos em menores, com as dificuldades inerentes à complexidade e à delicadeza de tal matéria, bem como à especificidade dos diversos saberes e dos vários sectores sociais e institucionais que para aí convergem. As consequências desses maus tratos

podem deixar sequelas de diversos graus de gravidade na sua vida psíquica, física e social, podendo mesmo ser uma das principais causas de morte infantil. Assim, as crianças em situação de perigo ou de risco são todos os menores até aos dezoito anos de idade que podem estar sujeitos ou que são sujeitos a situações desta natureza, interrompendo o seu desenvolvimento saudável, lesando a sua saúde, violando os direitos humanos e prejudicando, conseqüentemente, o seu projecto de vida.

Segundo Anthony, Chiland e Kopernick (1980) citados em Reis (2009):

Falar de “riscos”, como acabamos de ver é algo que em si encerra outros conceitos, como vulnerabilidade, maleabilidade, recursos, propensão, desvio, qualidade, (des)equilíbrios, etc. O risco parece pois fazer parte do processo desenvolvimental, o que está em jogo é tornar esse risco menor. Isto acontece no modo como crescemos psiquicamente, na forma como a criança organiza o seu dia-a-dia, como ultrapassa as suas inevitáveis dificuldades. Para que isso decorra de forma construtiva, com qualidade, ela necessita de referências, de modulações que só os pais sabem dar. É que o processo de vinculação é necessário desde logo para que a criança seja capaz de estabelecer relações, primeiro com ela própria e depois com os outros. (pp.128-131).

Falar acerca dos deveres dos enfermeiros com a comunidade, tendo como ponto de partida o Código Deontológico (CDE – Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril, alterado pela lei n.º111/2009, de 16 de Setembro), pressupõe que nos reportemos ao seu Artigo 80.º, o qual normaliza que:

O enfermeiro sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- Colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (p. 6547)

A estes deveres específicos acresce um outro dever, em geral, segundo o qual, e nos termos da alínea d) do Artigo 79.º (p. 6547) da supracitada regulamentação, o enfermeiro assume o dever de "ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de modo de acordo com a sua área de competência."

Com base nestes conceitos, surge a necessidade de operacionalizar as intervenções dos enfermeiros (Artigo 9.º do REPE), que, entre outras, inclui a capacidade para decidirem sobre técnicas e meios a aproveitar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, desenvolvendo a

confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupo e comunidade. Importa aqui salientar os deveres e inerente responsabilidade do enfermeiro pelos cuidados que presta na comunidade e os deveres e responsabilidades pelos cuidados prestados à mesma como um alvo da sua intervenção. Estes deveres, por sua vez, deverão alicerçar-se em valores universais e em princípios orientadores da actividade do enfermeiro.

Como princípio, salienta-se nos termos do n.º3 do Artigo 78º (p.6547) "a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade". Este papel está plasmado no Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto - lei n.º161/96, de 4 de Setembro.

1.2 – PROBLEMATIZAÇÃO

As crianças e jovens têm vindo a ganhar nas últimas décadas um cuidado especial por parte da sociedade, em geral, e particularmente pelas entidades com competência em matéria de vigilância deste grupo etário, pois considera-o um grupo populacional muito vulnerável (Ramião, 2010). A Lei de Bases da Saúde, na alínea c) do n.º1 da base II (p. 3452), atribui especial destaque, ao considerá-las como "grupo sujeito a maiores riscos", preconizando medidas ajustadas e orientações especiais de intervenção de diferentes áreas de responsabilidade, a designar, a Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro que institui o Regime Geral da Protecção das Crianças e Jovens em perigo. Apesar da sua importância, é imperioso que tais respostas sejam acompanhadas de um maior investimento na prevenção primária, sendo nesta perspectiva que os Cuidados de Saúde Primários tenham sido considerados entidades de 1º nível na promoção dos direitos e na protecção de crianças e jovens em risco (DGS, 2007).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), promover a saúde implica colocar em prática múltiplas abordagens e iniciativas, sendo que as premissas essenciais são:

- A definição de políticas públicas saudáveis em todos os sectores;
- O *empowerment* individual e colectivo;
- Reforço da acção comunitária;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reorientação dos serviços de saúde.

Estas abordagens estariam em função de três vectores estratégicos:

- Advogar – defender os interesses da saúde pública em face de outros interesses.
- Capacitar – promover a literacia e a capacitação das pessoas, famílias grupos e populações para que estes sejam capazes de fazer escolhas promotoras de saúde.
- Mediar – promover a colaboração com outros sectores e estabelecer parcerias que contribuam para a criação de condições de vida mais favoráveis à saúde.

A Declaração de Jacarta (1997) reconhece a importância do papel das parcerias como uma das prioridades para a promoção da saúde. O processo de capacitação dos indivíduos e das comunidades para a modificação dos determinantes da saúde, em benefício da qualidade de vida, assenta essencialmente na promoção da saúde. Este documento, que se viria a revelar um marco decisivo na história da saúde pública, introduziu uma nova forma de compreender e abordar os problemas de saúde das populações, sublinhando a importância das estratégias de *empowerment* e de participação individual e colectiva na criação de condições ambientais e sociais favoráveis à saúde, através de intervenções ponderadas dos múltiplos factores que a determinam.

O Plano Nacional de Saúde para 2011-2016 é um desafio estratégico para o país e a sua missão é preparar Portugal para responder aos principais desafios do mundo actual, tais como, alterações demográficas, crescimento da prevalência de doentes crónicos, crescimento dos consumos com medicamentos, globalização e mudança cada vez mais rápidas, pressão económica, mudanças epidemiológicas, entre outras. Afirma que a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade são valores fundamentais nos quais se fundamenta o Sistema de Saúde. Convida o cidadão a exercer o seu direito de cidadania em saúde ou seja para influenciar de modo informado e responsável o seu estado de saúde e o desenvolvimento dos serviços de saúde. Aponta para a maximização dos ganhos em saúde através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade. Os esforços estão orientados para a promoção da saúde partilhando uma visão holística e integrada quer do sistema de saúde, quer das restantes parcerias comunitárias.

Para responder a este enquadramento é necessário focalizar a actuação, o esforço social e económico, através da definição de prioridades que devem passar por uma

abordagem de intervenção multidisciplinar e integrada de cuidados de saúde.

A sua elaboração decorre numa altura em que se assiste a uma mudança de paradigma que exige um esforço potenciador de sinergias para um envolvimento da comunidade, em geral, e dos cidadãos, em particular, para a tomada de decisões informadas, para aumentar, assim, os níveis de saúde e caminhar para uma sociedade salutogénica (PNS, 2011-2016).

Compete a todos os parceiros sociais, sejam organizações públicas ou privadas, associações civis ou religiosas e de todos os sectores da sociedade, trabalhar no sentido de capacitar as comunidades, melhorar a saúde, a equidade, priorizando projectos de desenvolvimento global, nacional e local (Carta de Bangkok, 2005). Defende-se, assim, a potenciação da rede de parcerias locais para a abordagem da problemática em questão, reconhecendo que, quanto maior for o potencial de conhecimentos, melhor serão as acções dirigidas a cada situação. Sabe-se, porém, que muitas vezes, incapazes de fazer uso dos seus direitos, os cidadãos têm pouca ou nenhuma capacidade de intervenção, pelo que o enfermeiro, ao assumir o papel de advogado do utente/cliente, responsabiliza-se pelos seus interesses, salvaguarda-os e protege-os em situações de grande vulnerabilidade social e física, sendo o garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e à qualidade desses mesmos cuidados.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), no seu Código de Ética, declara que o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa é inerente à profissão de enfermagem e, por consequência, ao agir do enfermeiro, afirmação esta igualmente explícita no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, bem como no Código Deontológico (OE, 2005).

O enfermeiro deve apresentar uma atitude proactiva na alegação desses direitos e agir como o assegurador de cuidados de saúde de alta qualidade, justos, acessíveis, adequados e eficientes que, no fundo, afirmem a saúde como um direito humano básico, potenciador do desenvolvimento das sociedades.

Os maus tratos em crianças e jovens constituem, a nível mundial, um dos graves problemas de saúde pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2002 ocorreram 30 mil óbitos por homicídio em crianças com menos de 15 anos (DGS, 2008). Em Portugal, segundo os Relatórios de Actividades de várias entidades com competências nesta matéria, nomeadamente, Associação de Apoio à Vítima (APAV), Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), Sistema de Segurança Interna (SSI), Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV), há uma tendência

crescente da incidência de maus tratos das mais variadas tipologias em todos os grupos etários, especialmente entre indivíduos de 10 a 24 anos. Em Portugal, a violência contra crianças e adolescentes ganha contornos dramáticos. Contudo, além da violência que leva às variadas formas de alterações emocionais/psicológicas, convive-se de modo quotidiano e oculto com várias outras formas de vitimação. Segundo o Relatório Anual de Segurança Interna (2010), a violência doméstica ou intrafamiliar é, sem dúvida, experienciada por milhares de crianças, adolescentes e adultos jovens. Embora não se disponha de dados sistematizados para Portugal, a divulgação dos supracitados relatórios, bem como as notificações obrigatórias dos casos de maus tratos pelas várias instituições são reveladoras da magnitude deste fenómeno. Até há bem pouco tempo, o sector da saúde olhou para o fenómeno da violência como mero espectador, um contador de ocorrências e um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais (DGS, 2008). Presentemente a actuação da área da saúde começa a mudar, passando a identificar a questão dos maus tratos contra crianças como um problema sistémico. Referenciando os critérios prioritários de intervenção para que um determinado problema de saúde deva ser encarado como tal, dever-se-á ter em conta determinadas variáveis, tais como a magnitude, a vulnerabilidade, a transcendência, a amplitude, a actualidade e a legalidade. Confirma-se, assim, a existência de um problema social de elevada frequência, facilitador do ponto de vista da transmissão de complicações graves aos seus detentores, de grande impacto psicológico, social, entre outros, de características epidemiológicas vulneráveis a acções de prevenção primária, sendo que o seu controlo é possível desde que existam na comunidade programas de prevenção estruturados e uma rede de parcerias/serviços resolutivos.

Nesse sentido, explicar a ocorrência dos maus tratos contra as crianças é uma tarefa complexa, considerada uma entidade clínica polimorfa, um verdadeiro problema de saúde pública. Este necessita de uma resposta concertada, na medida que envolve a articulação em rede de aspectos socioculturais, psicossociais, psicológicos e até mesmo biológicos, para que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca da problemática em questão (DGS, 2008). Pretende-se, desta forma, problematizar as ideias mais recorrentes envolvidas nas formulações explicativas desse fenómeno. A verdadeira dimensão deste, nas suas variadas formas de expressão, não é ainda conhecida, contudo, os esforços de investigação levados a cabo por uma diversidade de iniciativas, quer internacionais quer nacionais, ou mesmo regionais, permitem

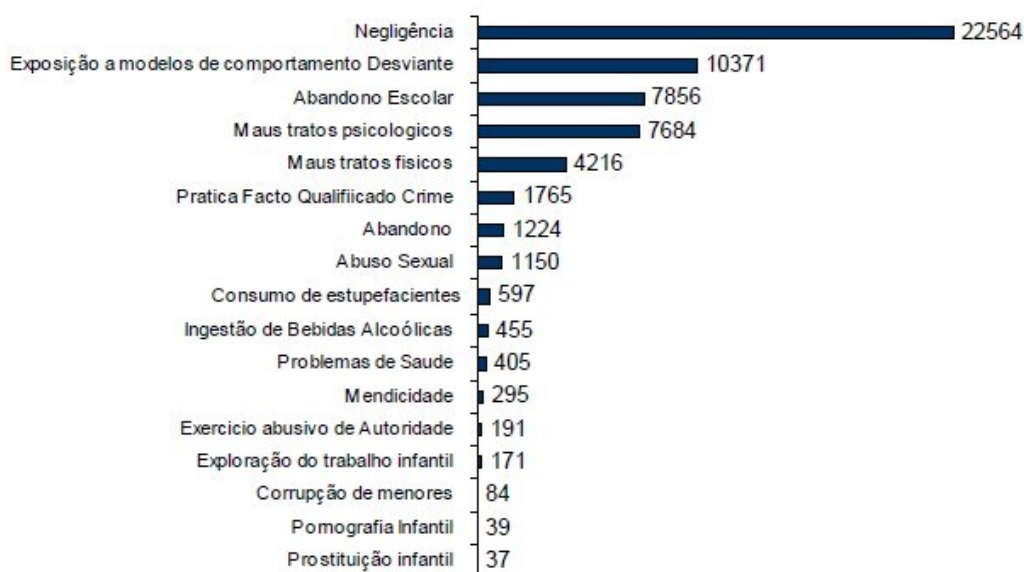
fundamentar o facto, inferindo que o mesmo afecta uma larga quantidade de indivíduos, directa ou indirectamente, nas primeiras décadas de vida (APAV, 2011).

Estes danos podem estar relacionados com os domínios do bem-estar emocional, comportamental, físico, sexual e social, repercutindo-se negativamente nas fases subsequentes do ciclo de vida (Ramião, 2010).

Foram várias as pesquisas efectuadas em torno de indicadores estatísticos que demonstram este fenómeno em Portugal. Várias são as entidades que relatam o fenómeno dos maus tratos sob diversas perspectivas. Para tal, julga-se pertinente apresentar algumas estatísticas elucidativas do problema em questão.

Segundo o Relatório Anual da Actividade Processual das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2010, p. 89), "foram acompanhados 68.300 processos, sendo que 59.104 foram consideradas situações de perigo."

Gráfico 1 - Situações de Perigo detectadas nas crianças e jovens com processo nas CPCJ

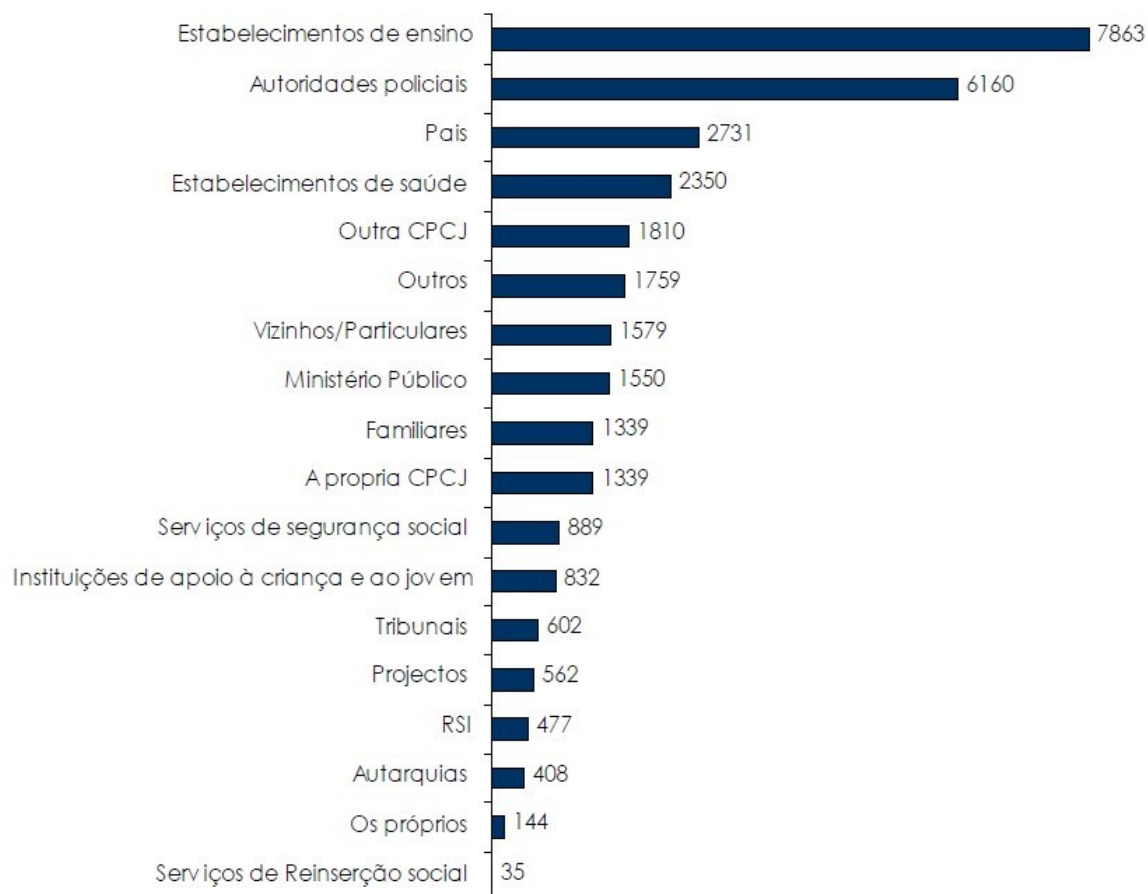


Fonte - Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens-2010. (Actividade processual)

Da observação do gráfico 1 depreende-se que as problemáticas mais evidentes recaem em grande parte em situações de negligência (22564); exposição a modelos de comportamento desviante (10371); o abandono escolar (7856); os maus tratos psicológicos/emocionais (7684); e os maus tratos físicos (4216).

A sistematização da informação permite também identificar as entidades sinalizadoras dos processos instaurados nestas mesmas Comissões. Este facto foi considerado para o presente trabalho uma variável importante, no sentido de identificar qual a representação dos Estabelecimentos de Saúde na sinalização das situações de perigo.

Gráfico 2 - Entidades sinalizadoras das situações de perigo no ano de 2010



Fonte - Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens-2010. (Actividade processual)

Da observação do gráfico 2 depreende-se que as entidades com número mais elevado de sinalizações de situações de perigo às Comissões são: os Estabelecimentos de Ensino (7863), as Autoridades Policiais (6160), Pais/cuidadores (2731) e os Estabelecimentos de saúde (2350). Sendo que as restantes entidades apresentam valores dispersos e também menos significativos em relação às citadas anteriormente.

Os Relatórios da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, cuja produção de dados estatísticos reúne um vasto leque de informação, resultado do trabalho que é desenvolvido por uma rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima, torna visível alguns dos indicadores pertinentes para a análise desta problemática (APAV 2010).

Tendo em conta a análise destes relatórios, considera-se importante a apresentação dos quadros 3 e 4, que se referem quer à idade das vítimas, quer à tipologia da família em que as mesmas se enquadram.

Quadro 1 - Idade da Vítima

	N	%
0-3anos	60	0,9
4-5anos	55	0,8
6-10anos	147	2,1
11-17anos	318	4,6
18-25anos	434	6,3
26-35anos	802	11,6
36-45anos	1003	14,5
46-55anos	693	10
56-64anos	373	5,4
65+	610	8,8
ñs/ñr	2437	35,2
Total	6932	100

Quadro 2 - Tipo de Família da Vítima

	N	%
indivíduo isolado/a	501	7,2
monoparental	764	11
nuclear s/ filhos	395	5,7
nuclear c/ filhos	3478	50,2
reconstruída	218	3,1
alargada	244	3,5
outro	105	1,5
ñs/ñr	1227	17,7
Total	6932	100

Fonte: Estatísticas APAV 2010 - Totais nacionais

Pela análise do quadro 1 verifica-se que, de um total de 6932 indivíduos, 580 são vítimas com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos. Estes dados declaram um número significativo de crianças e jovens referenciadas a esta entidade, tornando-se um indicador revelador do fenómeno de maus tratos, debatido neste trabalho de projecto.

Pela análise do quadro 2 verifica-se que, o tipo de família nuclear com filhos apresenta uma percentagem bastante elevada em relação a todas as outras apresentadas, do que se infere que é nesta tipologia de família que se verifica o maior número de vítimas.

O Relatório de Estatísticas da APAV - Crianças Vítimas de Crime 2000-2009, apresenta a idade da vítima/número de crianças num período de tempo (9 anos), resultado de um trabalho que foi desenvolvido, tornando visíveis as oscilações dos valores relativos e percentuais do fenómeno em causa (APAV, 2010).

Tabela 1 - Idade da vítima/utente (2000/2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
0-3 anos	19	47	71	78	66	52	69	62	88	73	625
	5,7%	8,4%	10,1%	11,1%	10,4%	10%	12,4%	10,3%	12,6%	11,9%	10,6%
4-5 anos	34	51	61	65	60	40	61	68	67	64	571
	10,2%	9,1%	8,7%	9,3%	9,5%	7,7%	10,9%	11,3%	9,6%	10,5%	9,7%
6-10 anos	83	144	166	187	197	153	158	167	175	160	1590
	25%	25,7%	23,7%	26,7%	31,1%	29,3%	28,2%	27,8%	25,1%	26,1%	26,9%
11-17 anos	196	318	403	370	310	277	272	304	366	315	3131
	59%	56,8%	57,%	52,9%	49%	53,1%	48,5%	50,6%	52,6%	51,5%	52,9%
TOTAL	332	560	701	700	633	522	560	601	696	612	5917
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Estatísticas APAV- Crianças vítimas de crime 2000/2009. (2010)

A tabela 1 torna visível a evolução do número de vítimas ao longo do tempo em estudo. Embora se verifique em alguns anos uma quebra no número de vítimas é bem notória a diferença que existe entre o início deste estudo, cujo valor relativo, em 2000 era de 332 crianças, sendo que, no final do mesmo estudo, em 2009, o número relativo era de 612 crianças.

A tabela 2 apresentada em seguida - Crimes perpetrados contra crianças (2000-2009), é o resultado de uma compilação de informação das várias tipologias de crime e a evolução do número de casos registados ao longo dos anos 2000-2009 no mesmo grupo etário referenciado na tabela anterior.

Tabela 2 – Crimes perpetrados contra crianças (2000-2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Violência Doméstica											
Maus-tratos fís./psíqu. menor	147	352	--	--	--	--	--	--	--	--	499
Maus-tratos físicos	--	--	312	299	257	201	204	222	250	227	1972
Maus-tratos psíquicos	--	--	311	287	302	226	284	294	403	429	2536
Ameaças-Coacção	15	66	152	149	131	83	92	84	114	126	1012
Difamação/Injúrias	9	33	64	52	47	39	48	42	63	52	449
Subtracção de Menores	1	10	8	4	8	2	2	3	5	5	48
Violação Obrig. de Alimentos	3	7	36	16	17	16	22	17	29	16	179
Violação	20	36	42	26	17	16	18	10	14	9	208
Abuso Sexual	39	49	81	76	58	51	43	36	45	40	518
Homicídio	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	2
Outros em Meio Doméstico	11	66	46	32	67	56	51	54	54	39	476
Crimes contra as Pessoas e a Humanidade											
Homicídio	--	1	3	1	5	1	2	--	1	0	14
Ofensas à Integridade Física	16	21	15	41	23	24	30	32	31	26	259
Maus tratos/infração regras de segurança	--	--	--	--	--	7	--	3	3	5	18
Rapto/Sequestro	4	4	8	16	4	3	3	3	4	5	54
Ameaças/Coacção	7	19	14	21	17	20	22	30	22	11	183
Violação	27	23	23	28	13	10	16	12	7	3	162
Abuso sexual	--	--	--	--	--	21	26	16	18	15	96
Outros Crimes Sexuais	16	17	11	44	35	2	4	1	4	3	137
Prostituição de menores	--	--	--	--	--	--	2	--	1	1	4
Lenocínio	--	--	--	--	--	2	3	1	1	0	7
Lenocínio/tráfico menores	2	2	1	10	5	--	--	--	--	0	20
Tráf. pessoas – expl. trabalho	--	--	--	--	--	1	--	--	1	0	2
Comercia. pessoas/escravidão	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	2
Difamação/Injúrias	2	5	6	5	4	5	3	3	8	2	43
Negligência médica	2	--	1	1	2	1	--	--	--	2	9
Discriminação racial	--	--	--	2	1	--	--	1	3	1	8
Violação Domicílio	--	--	--	--	1	--	--	--	--	0	1
Outros contra pessoas	2	1	3	3	9	--	4	3	1	2	28
Crimes contra o Património											
Furto	2	--	4	2	4	--	1	4	4	0	21
Roubo	1	--	1	2	--	1	--	2	7	1	15
Dano	1	1	5	--	--	--	--	2	5	1	15
Abuso de Confiança	1	3	--	1	--	--	1	--	--	1	7
Burla	--	--	1	2	--	--	--	--	--	0	3
Outros contra património	--	2	2	1	1	--	--	2	--	0	8
Crimes contra a Vida em Sociedade e Estado											
Falsificação de documentos	--	--	--	3	--	--	--	--	--	0	3
Incêndio/Fogo posto	--	2	--	--	--	--	--	--	--	0	2
Abuso de Autoridade	--	--	--	--	--	--	--	1	--	0	1
Crimes Rodoviários											
Atropelamento e fuga	--	--	--	1	1	--	--	--	--	0	2
Ofensas à integridade física	--	--	--	3	--	--	--	--	--	0	3
Condução c/ álcool/drogas	--	--	--	1	--	--	--	--	--	0	1
Omissão de auxílio	--	2	--	--	--	--	--	--	--	0	2
Outros crimes											
Tráfico de drogas	--	--	2	1	2	3	--	1	1	0	10
Outros crimes	1	5	2	4	7	3	1	1	--	4	28
Total	329	727	1154	1134	1038	794	882	880	1101	1028	9067

Fonte: Estatísticas APAV - Crianças vítimas de crime 2000/2009. (2010)

Da análise da tabela 2 e tendo em conta a problemática dos crimes contra crianças, importa reflectir sobre as diversas áreas dos actos acometidos contra as mesmas, do número total de registos e das oscilações ocorridas ao longo dos anos em questão. Mais do que descrever os valores relativos obtidos pela análise, infere-se que se está perante um quadro revelador de uma problemática real que envolve um grupo etário que carece de uma atenção especial de todas as entidades responsáveis nesta

matéria, concluindo que a intervenção sistémica será uma forma de encetar um percurso que se acredita ser o mais correcto, a fim de minimizar o risco/perigo a que estão sujeitos estas crianças e jovens.

Urge reflectir sobre a importância das instâncias de primeiro nível (nomeadamente, os Serviços de Saúde) e de outras entidades com competência em matéria de infância e juventude, para tomarem medidas adequadas de forma a prevenirem e mesmo a removerem o perigo em que a criança ou o jovem se encontre.

1.2.1 - Caracterização da Problemática no ACESAL

O ACESAL não tem sido alheio à importância crescente da problemática das crianças e jovens em risco, fazendo parte das Comissões Restritas das CPCJ dos cinco concelhos que o compõem (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), sendo estas Comissões Restritas os núcleos operacionais que intervêm nas situações de perigo sinalizadas e que são compostas pelos vários sectores do Estado (saúde, segurança social, autarquia, educação, emprego) e por outras entidades locais com responsabilidades em matéria de infância e juventude.

Perante a intenção de caracterizar o fenómeno dos maus tratos a nível do Alentejo Litoral, foi reconhecida a necessidade de proceder a uma caracterização epidemiológica do problema mais completa, melhorar a capacidade de avaliação do risco de maus tratos e documentar de forma mais detalhada a intervenção dos serviços de saúde (Diagnostico de Situação). Desta forma, procedeu-se a um pedido formal de autorização ao Director Executivo do ACESAL, para cedência dos Relatórios Anuais das CPCJ de todos os concelhos do Alentejo Litoral (Apêndice I).

Assim, foram analisados os Modelos de Recolha de Dados da Caracterização Processual de 2010 de cada uma das cinco CPCJ, o que permitiu um maior entendimento da realidade do território no âmbito da problemática das crianças e jovens em perigo, bem como fundamentar o enquadramento do fenómeno dos maus tratos. Foi objectivo principal destacar duas variáveis importantes para o projecto de constituição

do NACJR a que se propôs, designadamente, o número de crianças e jovens sinalizados pelos estabelecimentos de saúde e a tipologia das situações de perigo sinalizadas.

Importa referir que o instrumento do Modelo de Recolha de Dados 2010 - Caracterização Processual é um instrumento criado pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, cuja compilação nacional permite tornar visíveis os resultados apresentados de diferentes variáveis de avaliação.

Assim, foram compilados os dados dos cinco Modelos das cinco Comissões, o que resultou nos quadros 3, 4 e 5, abaixo apresentados. Em relação ao documento de recolha de dados, foram usados, tal como referido, os Modelos de Recolha de Dados da Comissão Nacional, excepto na CPCJ de Grândola, uma vez que esta recolhe os dados da aplicação informática que tem para o efeito, que não apresenta exactamente os mesmos indicadores.

Quadro 3 - Actividade processual das CPCJ do Alentejo Litoral 2010

Concelho	N.º de processos
Alcácer do Sal	110
Grândola	105
Santiago do Cacém	111
Sines	125
Odemira	126
Total	577

Fonte: Modelos de recolha de dados 2010 – Caracterização Processual das CPCJ de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira.

Os dados da actividade processual apresentados referem-se ao número total de processos activos durante o ano de 2010, que resultam da soma dos processos transitados (de 2009 para 2010), dos processos instaurados e dos processos reabertos ao longo do ano. Tais dados não permitem destacar um concelho com maior evidência ao nível da problemática das crianças e jovens em perigo, pois não existem grandes discrepâncias entre os números apresentados.

Quadro 4 - Tipologia das situações de perigo

	Alcácer do Sal	Grândola	Santiago do Cacém	Sines	Odemira	Total
Abandono		1			1	2
Abandono escolar	33	19	19	44	28	143
Abuso sexual	1	2	1	2	1	7
Corrupção de menores						
Exercício abusivo de autoridade		1		2		3
Exploração de trabalho infantil						
Exposição a modelos de comportamento desviante	20	9	19	31	9	88
Ingestão bebidas alcoólicas		1	2		1	4
Maus tratos físicos	21	8	5	1	32	67
Maus tratos psicológicos/abuso emocional	4	4	16	6	3	33
Mendicidade					1	1
Negligência	30	14	49	37	50	180
Pornografia infantil		1				1
Prática de facto qualificado como crime	1	6				7
Problemas de saúde				2		2
Prostituição infantil		1				1
Uso de estupefacientes		1				1
Totais	110	68	111	125	126	

Fonte - Modelos de Recolha de Dados 2010 – Caracterização Processual das CPCJ de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira

A análise do quadro 4 só é possível se se atender ao que já foi referido em relação à diferença dos instrumentos usados para a recolha dos dados, pois enquanto as CPCJ de Alcácer do Sal, Santiago do Cacém, Sines e Odemira se reportam ao número total da actividade processual de 2010, Grândola apresenta tal caracterização apenas para os processos activos a 31 de Dezembro de 2010.

No entanto, há elações que são transversais às cinco Comissões, designadamente, o destaque para as situações sinalizadas por abandono escolar e negligência.

Sobre os dados apresentados ao nível dos maus tratos, e considerada a relevância dos mesmos para este trabalho, considera-se pertinente reflectir, de modo a obter

algumas conclusões sobre as respostas dos serviços de saúde. Não sendo as tipologias com mais sinalizações, considera-se que os números apresentados reflectem claramente a dimensão do fenómeno, pelo que urge criar mecanismos que promovam a prevenção do mesmo e a sua detecção precoce. Efectivamente, ponderado o historial de acção dos serviços nesta matéria, julga-se estar dentro dos parâmetros considerados enquanto entidade de 1ª linha, dada a pertinência em assegurar a continuidade dos cuidados e o despiste precoce das situações problema e, apesar de ainda não serem considerados os ideais, já se accionam os dispositivos funcionais e utilizam-se os recursos disponíveis, quer internamente, quer na comunidade, para a resolução das situações diagnosticadas.

Vários são os parceiros da comunidade que se enquadram num contexto de responsabilidades partilhadas, como entidades de 1ª linha com competências em matéria de infância e juventude. Entre elas, destacam-se a Saúde, a Educação, a Segurança Social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, o Instituto de Emprego e Formação Profissional e as Autarquias, todas elas com assento no Núcleo Local de Inserção. A função prioritária deste núcleo é a de articular respostas e estratégias de intervenção e definir o técnico/serviço mais bem posicionado para acompanhar (como gestor de caso), cada situação, tendo em conta o princípio da transdisciplinaridade e da intervenção mínima. Subjacente a esta articulação encontra-se a incumbência de promover os direitos dos indivíduos/famílias e intervir na protecção das crianças e jovens.

Esta reflexão pode ajudar a interpretar os dados constantes no quadro seguinte.

Quadro 5 - Entidade Sinalizadora das Situações de Perigo

	Alcácer do Sal	Grândola	Santiago do Cacém	Sines	Odemira	Total
Os próprios						
Os pais	9	7	7	8	2	33
Famíliares	1	6	2	13	8	30
Vizinhos e particulares		2	1	18	5	26
A própria comissão		5	10	7	1	23
Ministério Público	8	4	5			17
Autoridades policiais	35	5	5		30	75
Serviços de segurança social		2	5	3	1	11
Estabelecimentos de saúde		6	6	3	3	18
Estabelecimentos de ensino	39	29	34	35	60	197
Tribunais			1	7		8
Instituições de apoio a crianças e jovens		1	1	3	2	7
Instituto de reinserção social						
Autarquias		3		1		4
Rendimento Social de Inserção	4		2	6		12
Projectos	6		3	10	3	22
Outra CPCJ	4		18	11	8	41
Outra	4	1	11		3	19

Fonte: Modelos de recolha de dados 2010 – Caracterização Processual das CPCJ de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira

Considerando que as principais tipologias sinalizadas são a negligência e o abandono escolar, não é, pois, de estranhar que a principal entidade sinalizadora sejam os estabelecimentos de ensino.

Para esta análise, importa reflectir sobre as sinalizações dos estabelecimentos de saúde, cujo número é bastante reduzido se comparadas com as restantes e se se atender à sua importância na detecção precoce das situações de risco/perigo.

Considera-se que tal facto pode ter mais que uma explicação, ou seja, se, por um lado, se trabalha em parceria, buscando a transdisciplinaridade e a intervenção mínima, olhando o indivíduo numa perspectiva holística, em que um gestor de caso intervém nos vários domínios da vida do indivíduo/família, poder-se-á daqui concluir que são os

técnicos ou entidades mais próximas da criança que efectuam a sinalização da situação de perigo à CPCJ. Porém, não quer dizer que os serviços de saúde não tenham colaborado na detecção do problema ou na intervenção do mesmo, enquanto entidade de 1ª linha, mas sim, que há outros serviços que acompanham as famílias e que estão melhor posicionados para fundamentar uma sinalização à CPCJ.

Por outro lado, a relação entre as famílias e os serviços de saúde nem sempre permite detectar os sinais de risco/ perigo, pois quando recorrem aos mesmos adoptam, na sua maioria, um comportamento adequado face às expectativas, cumprindo os programas e planos de saúde vigentes ou procurando soluções para problemas específicos, cabendo ao profissional de saúde ter o “olhar” treinado para ir além do expectável.

Assim, é pertinente questionar se estarão os profissionais de saúde efectivamente preparados para avaliar o indivíduo, numa perspectiva holística, garantindo, assim, a detecção precoce de sinais de risco. Certo é que o projecto de constituição da Rede de NACJR será um passo gigante na forma de actuação dos serviços de saúde na área das crianças e jovens em risco/perigo.

O novo modelo de protecção de crianças e jovens em risco, em vigor desde Janeiro de 2001, apela à participação activa da comunidade, numa relação de parceria com o Estado, concretizada nas CPCJ, capaz de estimular as energias locais potenciadoras de estabelecimento de redes de desenvolvimento social. As Comissões de Protecção de Menores, criadas na sequência do Decreto - Lei n.º 189/91 de 17/5 foram reformuladas de acordo com a Lei de Promoção e Protecção aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro.

Aqui se definem as CPCJ, como instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação e o desenvolvimento integral.

O Ministério da Saúde assume a responsabilidade de cumprimento dos objectivos propostos pela “Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, sobretudo no que respeita ao fenómeno dos maus tratos, considerado um problema de saúde pública e objecto de particular atenção por se tratar de grupos vulneráveis mais susceptíveis de se encontrarem em situação de risco.

Os profissionais de saúde, por inerência das suas funções, têm a responsabilidade particular na detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme

e na sinalização de crianças e jovens considerados em risco ou cuja situação tende a evoluir para o perigo, pelo que há que criar modelos organizados e estruturados de acção de cuidados de saúde que assegurem mecanismos qualificados para intervir neste contexto.

O projecto de constituição da Rede de NACJR impulsionou a criação de estruturas nos Centros de Saúde e nos Hospitais com atendimento pediátrico que consigam dar um contributo específico e fundamental no âmbito da problemática dos maus tratos. (DGS, 2008)

Por outro lado, ao atribuir-se ao fenómeno dos maus tratos uma maior relevância no contexto de acção dos profissionais de saúde, destaca-se a necessidade de reforçar a efectiva participação dos mesmos na actividade das Comissões de Promoção e Protecção, de acordo com o preconizado na Lei de Promoção e Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e reforçado na Directiva Conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde nas CPCJ.

Assim, os Centros de Saúde devem organizar-se, no âmbito das suas competências, de forma a proporcionar respostas ajustadas e articuladas nesta matéria, alicerçando-se em parcerias comunitárias que integrem a rede social local. Surge assim a “Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco” criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º31292/2008 de 5 de Dezembro.

O trabalho na comunidade é uma das vertentes dos CSP, que se pretende incrementar e incentivar. O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, no Artigo 11.º, faz referência à Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC:

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (p. 1184)

Deste modo, a UCC é uma das unidades funcionais que actua em âmbito comunitário, com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais.

As UCC são concebidas como Unidades Funcionais, com a finalidade de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção em que estão inseridas, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACESAL.

Assim, as UCC do ACESAL constituem uma grande oportunidade para responder de forma efectiva a esta aposta da Acção da Saúde para as Crianças e Jovens em Risco, dado que conhece as reais e actuais necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos e tem a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas, face aos novos e complexos desafios que decorrem das mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas a que se assiste actualmente.

O papel do enfermeiro como coordenador destas unidades toma aqui uma dimensão de reconhecimento do seu perfil de competências específicas especializadas, responsabilizando-o pela identificação das necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública). Neste âmbito, os enfermeiros apresentam-se como um recurso, com competência científica, técnica e humana, indispensável à sua implementação. Julga-se ter, desta forma, reunidas condições favoráveis à finalidade a que se propôs inicialmente: operacionalizar, a nível do ACESAL, o NACJR.

É importante que o enfermeiro mobilize os conhecimentos e as suas habilidades no seu contexto de trabalho, que os seus actos façam sentido e que a pertinência do que está a ser solicitado seja reconhecida como problemática urgente de intervenção. As práticas de enfermagem deverão ser ancoradas nos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico que orientam a prática de enfermagem. O objectivo de operacionalizar a intervenção neste domínio, promovendo as boas práticas face a este problema de saúde será, certamente, atingível, pois reconhece-se como uma intervenção orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

Perante tão ampla abrangência, torna-se complexa e desafiante a prestação de cuidados na comunidade e o envolvimento em missões como a que o presente trabalho de projecto pretende concretizar.

1.3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Em Abril de 2007, iniciou-se o desenvolvimento de um projecto de intervenção sobre “crianças e jovens em risco”, em todos os Centros de Saúde e Hospitais com atendimento pediátrico do Serviço Nacional de Saúde. Uma das decisões foi a de dar início à concepção de uma Rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Através do Despacho n.º 31292/2008, 5 de Dezembro, o projecto obteve um novo estatuto e uma alteração à sua dinâmica ao ser concebida a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, dando seguimento ao trabalho desenvolvido. Contudo, foi sentida a necessidade de conciliar o desenvolvimento da “Acção” com o modelo organizativo da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2009).

Em cada agrupamento de centros de saúde (ACES) deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respectiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sociodemográficas, ou outras o exijam, poderá haver lugar à criação de mais núcleos do mesmo ACES. (p. 2)

De acordo com o preconizado pela DGS (2009), pensa-se que se afigura possível concretizar os desígnios que presidiram à respectiva criação, explicitadas no despacho supramencionado. Neste sentido, em cada ACES os NACJR actuarão em articulação com as várias Unidades Funcionais que prestam cuidados de proximidade e inserem-se em cada Centro de Saúde, ficando sediados nas instalações do Centro de Saúde que se mostre mais adequado à sua inserção e interferindo na área demográfica de influência respectiva, intervindo no âmbito comunitário e na base populacional.

A operacionalização de toda esta dinâmica, é uma das prioridades que o ACESAL pretende dar resposta, tendo sido solicitado a organização de um grupo de trabalho que agilizasse esta intervenção a nível do Agrupamento.

Esta proposta tornou-se um desafio aliciante, que aliado à necessidade do desenvolvimento de um trabalho de projecto de âmbito académico no Mestrado em Saúde Comunitária, se evidenciou como uma integração possível entre a teoria e a prática.

A realização deste trabalho de projecto veio, de certa forma, responder a esta necessidade tendo sido do conhecimento e tendo a aprovação do Director Executivo e do Conselho Clínico do ACESAL.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

Para contextualizar o ambiente da realização do presente trabalho de projecto, considera-se pertinente descrever e analisar alguns indicadores relacionados com a caracterização geo-demográfica, bem como a estrutura organizacional do ACESAL.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DA REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PROJECTO

O Alentejo Litoral é uma região estatística portuguesa, localizada na Região do Alentejo, dividida entre o Distrito de Setúbal e o Distrito de Beja. Limitado a norte pela Península de Setúbal e o Alentejo Central, a leste pelo Baixo Alentejo, a sul pelo Algarve e a oeste pelo Oceano Atlântico (INE, 2011a). Segundo dados estatísticos do Anuário Estatístico de 2010 tem uma população de cerca de 94 249 habitantes, distribuídas por cinco concelhos e 41 freguesias, com uma área total de 5 309,4 Km² (Figuras 3 e 4) (INE, 2011b).

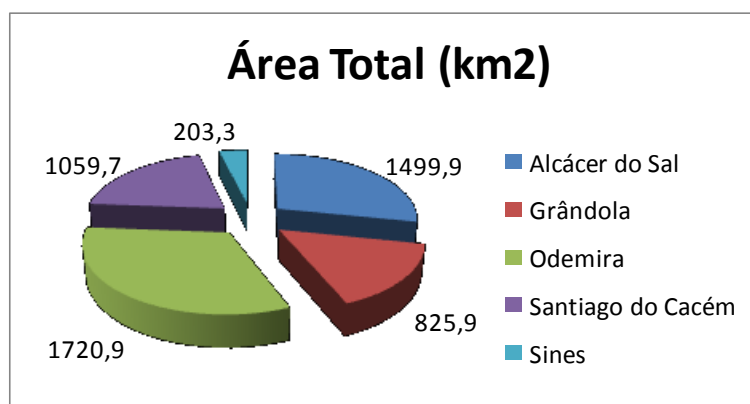


Fig. 3 - Área total dos concelhos verificada em 2010, em km². (Fonte: INE 2011)

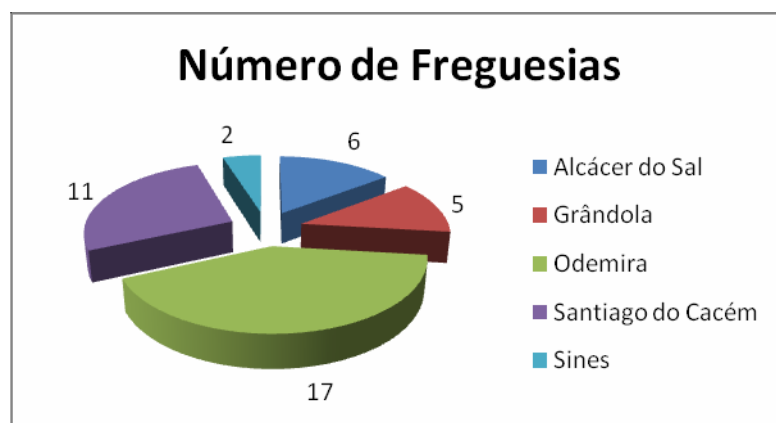


Fig. 4 - Número de freguesias por município em 2010. (Fonte: INE 2011)

O Alentejo Litoral abrange o território de NUT III constituído pelos Municípios de Alcácer, Grândola, Santiago do Cacém, Sines, e Odemira. Por sua vez o ACESAL compreende cinco concelhos; Alcácer, Grândola, Santiago do Cacem, Sines, e Odemira conforme descrito na Portaria n.º 275/2009 de 18 de Março. (Fig. 5)

Alentejo Litoral – NUTS III

Concelhos do Alentejo Litoral



Fig. 5 - Território dos municípios e freguesias que constituem a região do Alentejano Litoral (Fonte: Relatório de Actividades do ACESAL 2011).

O Alentejo Litoral apresenta uma densidade populacional (Figura 6), inferior à média nacional - $\pm 115 \text{ hab./km}^2$, mesmo com os $67,4 \text{ habitantes por km}^2$ apresentados pelo Concelho de Sines. Em sentido oposto, o Concelho de Alcácer do Sal apresenta o valor de densidade populacional mais baixo com $8,5 \text{ habitantes por km}^2$. Envolvendo um território de $5309,4 \text{ km}^2$ (6% do território continental), o ACESAL é um dos maiores Agrupamentos do país em área mas, também, é dos que possui menor população residente, a qual não excede os 100.000 habitantes (0,9% do total continental), situação associada ao tipo de povoamento disperso (Relatório de Actividades do ACESAL, 2011).

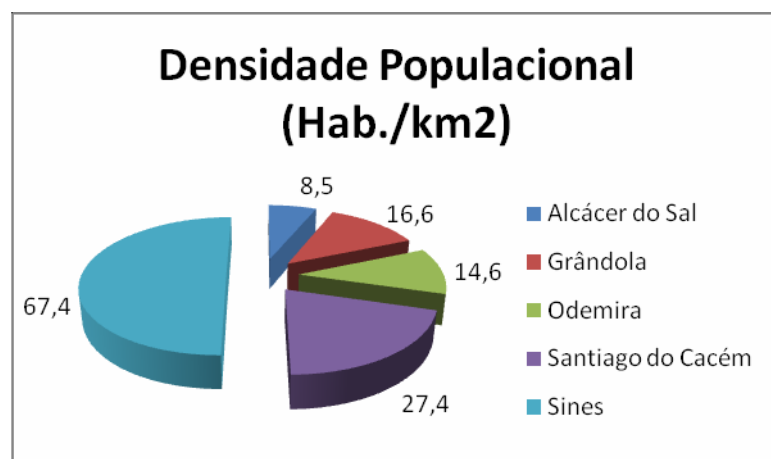


Fig. 6 - Densidade populacional existente por município em hab./km^2 em 2010 (Fonte: INE 2011)

Os quadros 6, 7, 8, 9 e 10 demonstram a população residente por local de residência, sexo e grupo etário no ano 2010. A sua análise permite obter uma visão da distribuição populacional em cada concelho do Agrupamento, estabelecendo uma comparação entre a população de Portugal, Continente, Alentejo e mais especificamente com o Alentejo Litoral (INE, 2011c).

Quadro 6 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Alcácer do Sal)

Sexo		População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (1)				
		Período de referência dos dados				
		2010				
		Local de residência				
		Portugal	Continente	Alentejo	Alentejo Litoral	Alcácer do Sal
		PT	1	18	181	1811501
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10636979	10143600	749055	94249	12707
	0 - 14 anos	1607734	1520178	99876	11715	1550
	15 - 24 anos	1162855	1094523	73981	9151	1231
	25 - 64 anos	5934933	5660494	402053	50979	6825
	65 e mais anos	1931457	1868405	173145	22404	3101
H	Total	5146643	4907502	367648	46964	6208
	0 - 14 anos	823336	778339	51591	6022	796
	15 - 24 anos	593437	558285	38192	4713	614
	25 - 64 anos	2924154	2788615	204361	26294	3497
	65 e mais anos	805716	782263	73504	9935	1301
M	Total	5490336	5236098	381407	47285	6499
	0 - 14 anos	784398	741839	48285	5693	754
	15 - 24 anos	569418	536238	35789	4438	617
	25 - 64 anos	3010779	2871879	197692	24685	3328
	65 e mais anos	1125741	1086142	99641	12469	1800

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Nota(s):

(1) Por questões de arredondamento a soma das parcelas pode não coincidir com o total.

Última actualização destes dados: 07 de Junho de 2011

Fonte - Quadro extraído em 21 de Novembro de 2011 (15:06:13) <http://www.ine.pt>

Quadro 7 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Grândola)

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (1)						
Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	Período de referência dos dados				
		2010				
		Local de residência				
		Portugal	Continente	Alentejo	Alentejo Litoral	Grândola
		PT N.º	1 N.º	18 N.º	181 N.º	1811505 N.º
HM	Total	10636979	10143600	749055	94249	13682
	0 - 14 anos	1607734	1520178	99876	11715	1786
	15 - 24 anos	1162855	1094523	73981	9151	1225
	25 - 64 anos	5934933	5660494	402053	50979	7076
	65 e mais anos	1931457	1868405	173145	22404	3595
H	Total	5146643	4907502	367648	46964	6991
	0 - 14 anos	823336	778339	51591	6022	937
	15 - 24 anos	593437	558285	38192	4713	643
	25 - 64 anos	2924154	2788615	204361	26294	3787
	65 e mais anos	805716	782263	73504	9935	1624
M	Total	5490336	5236098	381407	47285	6691
	0 - 14 anos	784398	741839	48285	5693	849
	15 - 24 anos	569418	536238	35789	4438	582
	25 - 64 anos	3010779	2871879	197692	24685	3289
	65 e mais anos	1125741	1086142	99641	12469	1971

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Nota(s):

(1) Por questões de arredondamento a soma das parcelas pode não coincidir com o total.

Última actualização destes dados: 07 de Junho de 2011

Fonte - Quadro extraído em 21 de Novembro de 2011 (15:07:40) <http://www.ine.pt>

Quadro 8 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Santiago do Cacém)

Sexo		População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (1)				
		Período de referência dos dados				
		2010				
		Local de residência				
		Portugal	Continente	Alentejo	Alentejo Litoral	Santiago do Cacém
		PT	1	18	181	1811509
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10636979	10143600	749055	94249	29076
	0 - 14 anos	1607734	1520178	99876	11715	3387
	15 - 24 anos	1162855	1094523	73981	9151	2727
	25 - 64 anos	5934933	5660494	402053	50979	16322
	65 e mais anos	1931457	1868405	173145	22404	6640
H	Total	5146643	4907502	367648	46964	14391
	0 - 14 anos	823336	778339	51591	6022	1761
	15 - 24 anos	593437	558285	38192	4713	1377
	25 - 64 anos	2924154	2788615	204361	26294	8309
	65 e mais anos	805716	782263	73504	9935	2944
M	Total	5490336	5236098	381407	47285	14685
	0 - 14 anos	784398	741839	48285	5693	1626
	15 - 24 anos	569418	536238	35789	4438	1350
	25 - 64 anos	3010779	2871879	197692	24685	8013
	65 e mais anos	1125741	1086142	99641	12469	3696

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Nota(s):

(1) Por questões de arredondamento a soma das parcelas pode não coincidir com o total.

Última actualização destes dados: 07 de Junho de 2011

Fonte - Quadro extraído em 21 de Novembro de 2011 (15:08:53) <http://www.ine.pt>

Quadro 9 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Sines)

Sexo		População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (1)				
		Período de referência dos dados				
		2010				
		Local de residência				
	Grupo etário (Por ciclos de vida)	Portugal	Continente	Alentejo	Alentejo Litoral	Sines
		PT	1	18	181	1811513
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10636979	10143600	749055	94249	13695
	0 - 14 anos	1607734	1520178	99876	11715	2004
	15 - 24 anos	1162855	1094523	73981	9151	1527
	25 - 64 anos	5934933	5660494	402053	50979	7869
	65 e mais anos	1931457	1868405	173145	22404	2295
H	Total	5146643	4907502	367648	46964	6828
	0 - 14 anos	823336	778339	51591	6022	1001
	15 - 24 anos	593437	558285	38192	4713	839
	25 - 64 anos	2924154	2788615	204361	26294	3942
	65 e mais anos	805716	782263	73504	9935	1046
M	Total	5490336	5236098	381407	47285	6867
	0 - 14 anos	784398	741839	48285	5693	1003
	15 - 24 anos	569418	536238	35789	4438	688
	25 - 64 anos	3010779	2871879	197692	24685	3927
	65 e mais anos	1125741	1086142	99641	12469	1249

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Nota(s):

(1) Por questões de arredondamento a soma das parcelas pode não coincidir com o total.

Última actualização destes dados: 07 de Junho de 2011

Fonte - Quadro extraído em 21 de Novembro de 2011 (15:09:58) <http://www.ine.pt>

Quadro 10 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (Odemira)

Sexo		População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual (1)				
		Período de referência dos dados				
		2010				
		Local de residência				
Grupo etário (Por ciclos de vida)		Portugal	Continent e	Alentejo	Alentejo Litoral	Odemira
		PT	1	18	181	1810211
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
HM	Total	10636979	10143600	749055	94249	25089
	0 - 14 anos	1607734	1520178	99876	11715	2988
	15 - 24 anos	1162855	1094523	73981	9151	2441
	25 - 64 anos	5934933	5660494	402053	50979	12887
	65 e mais anos	1931457	1868405	173145	22404	6773
H	Total	5146643	4907502	367648	46964	12546
	0 - 14 anos	823336	778339	51591	6022	1527
	15 - 24 anos	593437	558285	38192	4713	1240
	25 - 64 anos	2924154	2788615	204361	26294	6759
	65 e mais anos	805716	782263	73504	9935	3020
M	Total	5490336	5236098	381407	47285	12543
	0 - 14 anos	784398	741839	48285	5693	1461
	15 - 24 anos	569418	536238	35789	4438	1201
	25 - 64 anos	3010779	2871879	197692	24685	6128
	65 e mais anos	1125741	1086142	99641	12469	3753

População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Nota(s):

(1) Por questões de arredondamento a soma das parcelas pode não coincidir com o total.

Última atualização destes dados: 07 de junho de 2011

Fonte - Quadro extraído em 21 de Novembro de 2011 (15:10:45) <http://www.ine.pt>

Em termos de efectivos populacionais e sua evolução o Alentejo Litoral, que conta com cerca de 94.249 habitantes, acompanha as tendências da região Alentejo (apenas o concelho de Sines consegue registar crescimento populacional entre os anos de 1991/2001 e 2010): Envelhecimento, Perda de população, e elevados níveis de dependência (Plano de Desempenho do ACESAL, 2011).

Para melhor contextualizar o ambiente da realização do presente trabalho, outro dos indicadores fundamentais tem a ver com o número de utentes inscritos por Centro Saúde, por sexo e grupo etário. Este indicador permite estabelecer uma relação entre o número de residentes (94.249), quadros 6, 7, 8, 9 e 10, e o número de inscritos em cada Centro de Saúde do Agrupamento (99.746), quadro 11. Desta análise comparativa verifica-se que os utentes inscritos são em número mais elevado do que a população residente, situação que conta entre as suas explicações com a enorme mobilidade

populacional que se verifica nesta região (trabalhadores temporários e veraneantes, bem como utentes que mudam de residência mas não deixam de manter o seu médico de família) conjugada com dificuldades e insuficiências a nível da gestão administrativa de inscrições (Plano de Desempenho do ACESAL, 2011).

Em relação à distribuição dos inscritos por grupo etário, além do enorme peso relativo dos grupos mais idosos, evidenciam-se algumas diferenças no perfil de cada Centro de Saúde, (CS) sendo que o CS de Sines apresenta uma distribuição percentual mais expressiva da população inscrita jovem e em idade activa que a média do ACESAL, contrariamente ao que se verifica no CS de Grândola, onde os grupos de 65 e mais anos assumem um peso relativo mais significativo (Plano de Desempenho do ACESAL, 2011).

Quadro 11 - N.º Utentes inscritos por Centro Saúde, por sexo e grupo etário.

			N.º Utentes Inscritos (2011)													TOTAL GERAL	
		Sexo	Masculino							Feminino							
		Grupo Etário 1	0-18 anos	19-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75- 79 anos	Mais de 80 anos	Total	0-18 anos	19-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75- 79 anos	Mais de 80 anos		Total
Alentejo Litoral	CS ALCÁCER SAL	Ext Alcácer Sal1	777	1.421	1.207	428	173	216	4.222	752	1.441	1.221	553	270	377	4.614	8.836
		Ext Casebres	29	72	71	37	20	23	252	25	54	65	47	20	20	231	483
		Ext Comporta	119	222	188	54	27	28	638	92	220	181	60	34	40	627	1.265
		Ext Montevil	8	26	29	10	4	7	84	12	17	19	17	8	7	80	164
		Ext Palma	25	45	54	18	3	9	154	15	50	46	24	9	15	159	313
		Ext Santa Susana	8	24	28	18	10	14	102	5	21	24	14	8	11	83	185
		Ext Torrão	163	341	292	130	71	75	1.072	160	318	274	174	106	135	1.167	2.239
		Ext Barrancão	2	5	13	6	8	8	42	2	11	9	16	9	5	52	94
		SAG	1	2					3							0	3
	CS GRÂNDOLA	Total	1.132	2.158	1.882	701	316	380	6.569	1.063	2.132	1.839	905	464	610	7.013	13.582
		Ext Grândola1	991	1.781	1.367	643	327	372	5.481	949	1.777	1.484	753	422	542	5.927	11.408
		Ext Azinheira Barros	10	27	31	11	11	7	97	15	20	23	15	13	15	101	198
		Ext Carvalhal	123	212	168	51	31	18	603	99	210	163	66	36	30	604	1.207
		Ext Lousal	30	77	78	23	10	20	238	37	64	64	36	14	32	247	485
		Ext Melides	102	211	216	115	46	69	759	92	216	195	147	65	90	805	1.564
	CS SANTIAGO CACÉM	Total	1.256	2.308	1.860	843	425	486	7.178	1.192	2.287	1.929	1.017	550	709	7.684	14.862
		Ext Santiago Cacém	883	1.518	1.273	562	248	319	4.803	772	1.557	1.307	640	314	500	5.090	9.893
		Ext Abela	44	100	115	68	29	44	400	60	102	107	78	33	57	437	837
		Ext Alvalade	169	302	283	123	68	69	1.014	157	308	306	162	81	102	1.116	2.130
		Ext Cercal do Alentejo	206	436	453	208	98	122	1.523	193	430	441	227	123	173	1.587	3.110
		Ext Ermidas Sado	153	311	281	115	56	70	986	143	271	276	143	89	89	1.011	1.997
		Ext Santo André	993	1.881	1.549	500	151	163	5.237	938	1.961	1.780	479	188	226	5.572	10.809
		Ext São Francisco da Serra				1			1							0	1
		Ext São Domingos	73	176	209	75	64	53	650	103	166	188	108	60	82	707	1.357
		Total	2.521	4.724	4.163	1.652	714	840	14.614	2.366	4.795	4.405	1.837	888	1.229	15.520	30.134

Quadro 11 - N.º Utentes inscritos por Centro Saúde, por sexo e grupo etário.(Continuação)

			N.º Utentes Inscritos (2011)														TOTAL GERAL
		Sexo	Masculino							Feminino							
		Grupo Etário 1	0-18 anos	19-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75- 79 anos	Mais de 80 anos	Total	0-18 anos	19-44 anos	45-64 anos	65-74 anos	75- 79 anos	Mais de 80 anos	Total	
Alentejo Litoral	CS SINES	CS Sines (Sede)			2				2		1					1	3
		Ext Sines1	1.34 9	2.490	1.803	597	209	245	6.693	1.382	2.467	1.894	671	307	392	7.113	13.806
		Ext Porto Côvo	95	171	163	65	24	37	555	93	179	166	76	36	36	586	1.141
		Total	1.444	2.661	1.968	662	233	282	7.250	1.475	2.647	2.060	747	343	428	7.700	14.950
	CS ODEMIRA	Cs Odemira	707	1.341	971	357	183	192	3.751	686	1.302	987	397	222	241	3.835	7.586
		Ext Almogrove	52	146	81	41	22	33	375	59	117	78	49	25	34	362	737
		Ext Colos	67	148	145	48	35	29	472	73	128	125	75	30	61	492	964
		Ext Reliquias	74	143	159	69	38	41	524	73	123	144	83	44	60	527	1.051
		Ext Saboia	70	144	157	79	66	97	613	68	121	144	87	61	97	578	1.191
		Ext Sta Clara A Velha	61	106	142	84	57	53	503	51	105	109	73	56	65	459	962
		Ext S Luis	93	201	204	90	60	71	719	92	184	182	110	65	106	739	1.458
		Ext S Martinho Das Amoreiras	29	73	92	51	43	43	331	21	52	81	64	42	49	309	640
		Ext S Teotonio	379	1.288	691	296	149	192	2.995	382	887	708	342	159	223	2.701	5.696
		Ext Vila Nova De Milfontes	514	835	600	223	104	84	2.360	472	903	678	234	103	156	2.546	4.906
		Ext Vale De Santiago	13	44	50	17	15	13	152	14	35	34	28	19	14	144	296
		Ext Fornalhas	18	34	39	11	7	6	115	13	36	33	21	10	17	130	245
		Ext Bicos	27	85	69	26	21	16	244	36	70	61	35	22	18	242	486
		Total	2.104	4.588	3.400	1.392	800	870	13.154	2.040	4.063	3.364	1.598	858	1.141	13.064	26.218
Total Utentes Inscritos ACESAL																99.746	

Fonte – SIARSA - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2011)

Relativamente aos indicadores demográficos, sobretudo os associados com a mortalidade, o Alentejo Litoral sobressai por apresentar taxas globalmente mais desfavoráveis que a região Alentejo e que o País, quadro 12. Quanto à natalidade, o Alentejo Litoral apresenta um valor semelhante ao do Alentejo, mas mais baixo em relação à média nacional. Estes indicadores, que resultam de variados factores, constituem um determinante fundamental para a definição das actividades deste Agrupamento (Plano Desempenho do ACESAL, 2011).

Quadro 12 - Indicadores demográficos por Concelho

	Densidade populacional	Taxa de crescimento efectivo	Taxa de crescimento natural	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade	Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho	Esperança de vida à nascença da população residente (2004)
Portugal	115,4	0,10	-0,05	9,4	9,8	118	26,7	46,8	28,6	77,8
Alentejo	23,8	-0,48	-0,55	8,3	13,8	173	36,2	51	28,2	77,4
Alentejo Litoral	17,9	-0,65	-0,52	8,3	13,5	191	36,8	49,9	28,5	77,0
Alcácer do Sal	8,6	-1,40	-0,77	7,2	14,9	196	37,6	50,9	--	--
Grândola	16,8	-0,96	-0,69	8,8	15,7	201	42,7	51,6	--	--
Odemira	14,7	-0,57	-0,77	7,2	14,9	228	44,3	52,4	--	--
Santiago do Cacém	27,7	-0,58	-0,29	8,6	11,5	196	34,3	49,3	--	--
Sines	67,6	0,07	-0,11	10,2	11,3	115	24,0	40,7	--	--

Fonte: INE, Indicadores Demográficos e Estimativas da População Residente (Janeiro de 2011)

Em relação à distribuição das Consultas por Programa de Saúde, importa estabelecer o perfil de cada Centro de Saúde. É de realçar que o número de consultas efectuadas no programa de saúde de adultos é significativamente superior em termos efectivos ao número de consultas efectuadas no programa de saúde infantil, como se pode verificar no quadro 13.

Quadro 13 - Consultas por Programa de Saúde/por Centro de Saúde (SINUS)

ACES	Instituição	Local	2011				
			N.º Consultas (ADM)				
			Saúde Adultos	Saúde Infantil	Saúde Materna	Planeamento Familiar	Total
Alentejo Litoral	CS ALCÁCER SAL	Ext Alcácer Sal1	20.676	1.532	444	765	23.417
		Ext Casebres	1.486	31			1.517
		Ext Comporta	3.383	211	74	115	3.783
		Ext Montevil	310	6			316
		Ext Palma	793	27		1	821
		Ext Santa Susana	667	4			671
		Ext Torrão	6.164	533	99	216	7.012
		Ext Barrancão	277	3			280
		Total	33.756	2.347	617	1.097	37.817
	CS GRÂNDOLA	Ext Grândola1	22.599	2.817	527	905	26.848
		Ext Azinheira Barros	686	33	2		721
		Ext Carvalhal	3.920	291	47	122	4.380
		Ext Lousal	1.627	94	36	23	1.780
		Ext Melides	4.893	209	25	293	5.420
		Total	33.725	3.444	637	1.343	39.149
	CS SANTIAGO CACÉM	Ext Santiago Cacém	15.765	873	438	408	17.484
		Ext Abela	1.096	39	1	8	1.144
		Ext Alvalade	5.654	329	57	62	6.102
		Ext Cercal do Alentejo	8.483	538	90	42	9.153
		Ext Deixa-O-Resto	909	7		13	929
		Ext Ermidas Sado	4.713	444	180	105	5.442
		Ext Santo André	15.543	1.508	817	510	18.378
		Ext São Bartolomeu da Serra	119	3			122
		Ext São Domingos	3.260	215	20	120	3.615
		Ext São Francisco da Serra	387	4			391
		Total	55.929	3.960	1.603	1.268	62.760
	CS SINES	Ext Sines1	28.472	3.602	1.156	532	33.762
		Ext Porto Covo	3.308	306	82	86	3.782
		Total	31.780	3.908	1.238	618	37.544
	CS ODEMIRA	Cs Odemira	14.701	1.876	713	545	17.835
		Ext Almogrove	1.484	131	62	52	1.729
		Ext Colos	2.506	303	40	176	3.025
		Ext Luzianes - Gare	358	15	1	8	382
		Ext Reliquias	2.527	260	70	80	2.937
		Ext Saboia	2.367	134	11	10	2.522
		Ext Sta Clara A Velha	1.795	124	21	59	1.999
		Ext S Luis	4.011	308	130	172	4.621
		Ext S Teotonio	9.233	717	196	116	10.262
		Ext Vila Nova De Milfontes	8.392	1.107	361	135	9.995
		Ext Vale De Santiago	802	36		15	853
		Ext Fornalhas	575	37	3	31	646
		Ext Bicos	1.300	65	7	41	1.413
		Total	50.051	5.113	1.615	1.440	58.219
	Total		205.241	18.772	5.710	5.766	235.489

Fonte - SIARSA dados até Outubro/2011 (2011.11.21)

Os procedimentos preventivos ou interventivos desenvolvidos pelo NACJR são dirigidos a todas as crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e suas respectivas famílias que se apresentem em situação de risco ou de perigo a nível físico, psicológico ou social, inscritos nos Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

Quadro 14 – Utentes inscritos por Centro de Saúde/ Grupo Etário (0-18)/Sexo

Concelho	Sexo Masculino (0-18)	Sexo Feminino (0-18)	Total
Alcácer do Sal	1.132	1.063	2.195
Grândola	1.256	1.192	2.448
Santiago do Cacém	2.521	2.366	4.887
Sines	1.444	1.475	2.919
Odemira	2.104	2.040	4.144
Total	8.457	8.136	16.593

Fonte – SIARSA - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2011-11-21)

O quadro 14 apresenta assim, o número de crianças e jovens dos 0 aos 18 por sexo em cada Centro de Saúde, sendo considerado como população-alvo da intervenção do NACJR um total de 16.593 indivíduos.

A estrutura orgânica do ACESAL respeita o definido no Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro pelo que inclui, além dos órgãos de gestão (Director Executivo e Conselho Executivo), do órgão de apoio técnico (Conselho Clínico) e do órgão consultivo (Conselho da Comunidade), cinco Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, cinco Unidades de Cuidados na Comunidade e uma Unidade de Saúde Pública, a que se juntam dois serviços de apoio (Gabinete do Cidadão e Unidade de Apoio à Gestão).

Para tal, apresenta-se o organigrama que estabelece o regime de organização e funcionamento ACESAL, figura 7.

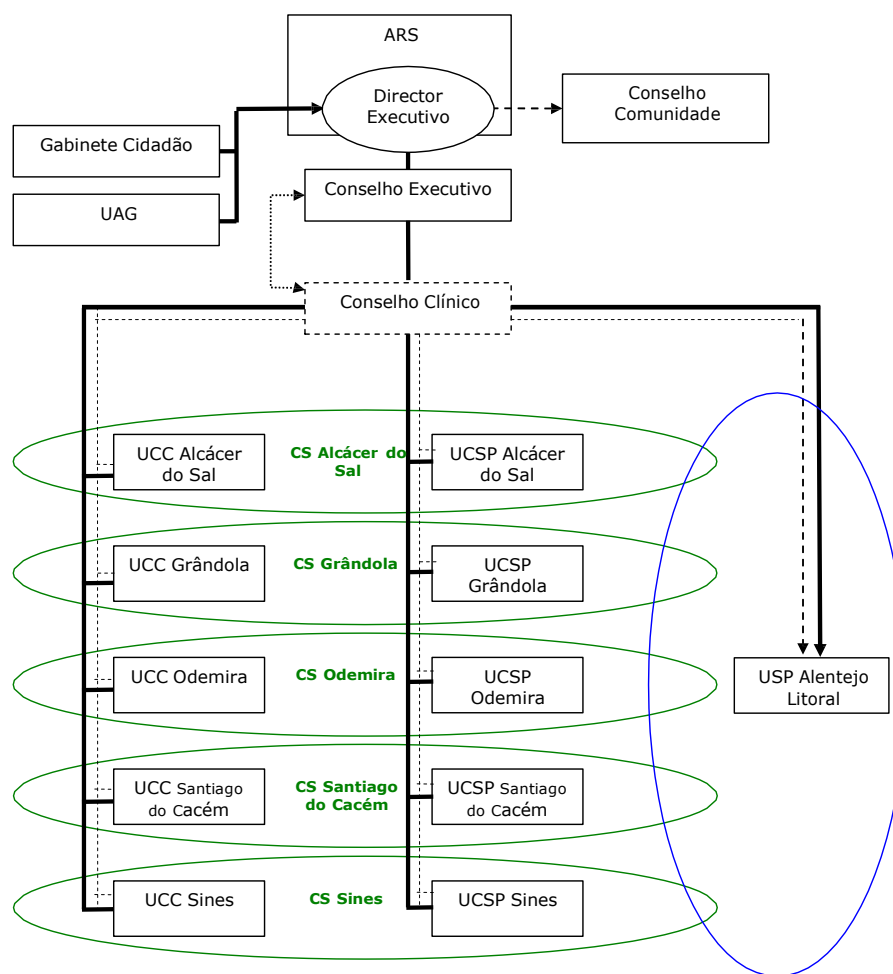


Fig. 7 – Organograma do ACESAL. (Fonte: Plano de Desempenho do ACESAL, 2011)

O quadro 15, ilustra a distribuição da equipa de profissionais por Unidade Funcional cumprindo o desígnio de que:

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, p. 1182)

Quadro 15 – Distribuição de número de profissionais por grupo e Centro de Saúde/Unidade Funcional – 1 de Janeiro de 2011

	UCSP/UCC					Unidade de Saúde Pública	Unidade de Apoio à Gestão	Director Executivo	Conselho clínico	Gabinete do cidadão	SUB Alcácer do Sal	SUB Odemira	Total
	Alcácer do Sal	Grândola	Odemira	Santiago do Cacém	Sines								
Médicos	8,25	9	14	17	11				0,75				60
Médicos de saúde pública						4,75			0,25				5
Enfermeiros	12,5	14	18	12	9	1			0,5		6	9	82
Técnicos Diagnóstico Terapêutica	0,6	1,4	2			11					5	5	25
Técnico Superior de Saúde			0,75	1		1			0,25				3
Técnico Superior		0,75	1				2	1		0,25			5
Assistente Técnico	10	13,6	17	20	12		10			0,4	3	1	87
Assistente Operacional	9	13	7	6	6						5	5	51
Total	40,35	51,75	59,75	56	38	17,75	12	1	1,75	0,65	19	20	318

Nota 1: Grândola: **Inclui** Atendimento Complementar que funciona 7 dias por semana entre as 9 e as 24 horas; **Inclui** 2 profissionais de enfermagem em acumulação de funções que fazem 12 e 19 horas

Nota 2: Odemira: **Não inclui** 1 enfermeiro que está em comissão de serviço na ARSA e 1 Técnica de higiene oral que está em mobilidade na ULSA; No SUB, Inclui 3 Assistentes Operacionais que desempenham funções administrativas

Nota 3: Alcácer do Sal: **Inclui** 3 assistentes operacionais que trabalham a tempo parcial e no total perfazem 50 horas semanais; No SUB, **Inclui** 1 assistente operacional que desempenha funções administrativas

Nota 4: Higienistas orais incluídos na unidade de saúde pública.

Nota 5: Santiago do Cacém **Não inclui** 1 Técnico de diagnóstico e terapêutica que está afecto na totalidade à intervenção precoce.

Fonte: Plano de Desempenho do ACESAL, 2011

Importa referir a Missão, a Visão, os Valores, os Vectors Estratégicos, bem como as Perspectivas e os Objectivos Estratégicos definidos para 2010-2011 do ACESAL, quadro 16.

Quadro 16 – Missão, Visão, Valores, Vectors Estratégicos, Perspectivas e Objectivos Estratégicos do ACESAL

Missão	O ACES Alentejo Litoral tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários à população com qualidade e segurança, no respeito pelas regras e deveres éticos e deontológicos inerentes à sua actividade, utilizando os recursos da comunidade de forma responsável e eficiente,
---------------	--

	<p>numa lógica de integração e complementaridade, de acordo com a estratégia nacional e regional para os cuidados de saúde primários.</p>
Visão	<p>Desenvolver a nossa actividade de forma mais eficiente e eficaz de acordo com as necessidades identificadas e tecnicamente sustentadas, num contexto organizacional estável, com a participação e reconhecimento da nossa comunidade e dos nossos profissionais, de forma a sermos efectivamente uma organização promotora da saúde e do desenvolvimento integrado do Alentejo Litoral.</p>
Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito pela vontade esclarecida dos utentes; • Promoção do desenvolvimento da educação para a saúde; • Promoção permanente da qualidade e humanização na prestação de cuidados e nos serviços disponibilizados; • Promoção das actividades de investigação e formação; • Promoção da qualidade no acolhimento e atendimento dos doentes por parte de todos profissionais; • Desenvolvimento de cuidados de proximidade; • Garantia do sigilo profissional; • Gestão baseada na integração e complementaridade das actividades, do conhecimento e dos recursos; • Transparência; • Gestão participada e solidária entre todos os profissionais; • Promoção da satisfação profissional; • Promoção da participação dos utentes e da comunidade nas suas actividades; • Compromisso com a causa pública.
Vectores Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> • Definição e estruturação organizacional • Articulação com a comunidade • Normalização dos processos e procedimentos de trabalho e sua monitorização e avaliação • Desempenho organizacional
Perspectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva da Organização • Perspectiva do Cliente (Utente) • Perspectiva dos Processos • Perspectiva da Responsabilidade Financeira e Orçamental • Perspectiva da Inovação e Aprendizagem
Objectivos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> • OE 1 – Incrementar a articulação com a comunidade, nas suas

	<p>várias vertentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • OE 2 – Implementar integralmente as unidades funcionais do ACES com ênfase na sua articulação e complementaridade • OE 3 – Definir e normalizar processos e procedimentos de trabalho • OE 4 – Desenvolver os sistemas de monitorização e vigilância • OE 5 – Melhorar o desempenho, aos diferentes níveis, de todas as unidades funcionais • OE 6 – Desenvolver estratégias comunicacionais internas e externas
--	--

Fonte: Plano de Desempenho do ACESAL, 2011.

3 – **DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS**

Tendo o presente trabalho projecto a finalidade de:

- Operacionalizar a nível dos Centros de Saúde do Agrupamento do Alentejo Litoral o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) (Conforme Despacho da ministra da saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro).

Deste modo, o desenvolvimento e a execução do mesmo tem como objectivo geral:

- Implementar a intervenção no domínio dos maus tratos, promovendo as boas práticas face a este problema de saúde.

Para atingir o objectivo geral e de forma a alcançar uma uniformização da intervenção no terreno, seguiu-se o alinhamento das orientações técnicas aprovadas pela DGS (2011) sendo que os objectivos específicos aqui apresentados se aproximem o mais possível dos referenciados no citado documento de trabalho.

- Promover actuações coordenadas entre as instituições com responsabilidades de intervenção nos maus tratos a crianças e jovens.
- Motivar a equipa multiprofissional para uma actuação concreta na prevenção e intervenção nos maus tratos a crianças e jovens.
- Descrever os conceitos básicos mais importantes sobre os maus tratos (definição, tipologia, sinais, sintomas, e indicadores).
- Facilitar os processos de identificação e intervenção, indicando quando, como, e quem deve intervir numa determinada situação observada.
- Uniformizar procedimentos de identificação e intervenção.

4 – METODOLOGIA E SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Tendo o presente trabalho de projecto a intenção de resolver um problema real identificado e como intenção a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua minimização, optou-se por desenhar, segundo a Metodologia de Projecto a sua conceptualização.

O principal objectivo da Metodologia de Projecto baseia-se na resolução de problemas de forma a que se adquiram capacidades e competências pessoais para a concretização de projectos numa situação real. Constitui-se assim uma ligação entre a teoria e a prática uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico que no futuro irá ser aplicado à prática. A sua conceptualização é definida como "um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, ela concede-nos a previsão de uma mudança." (Guerra 1994, p. 4).

Nesta fase, é fundamental escolher um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objectivo, estudar estratégias alternativas e estimar os seus custos face aos recursos existentes (Tavares, 1990). A Selecção das Estratégias depende dos objectivos definidos anteriormente e também dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho que pretende desenvolver uma actividade. Permite ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários. Importa assim ponderar os principais factores que influenciam a Selecção de Estratégias de intervenção e não ignorar o peso que os constrangimentos económicos (entre outros) têm na adopção das medidas que se prevêm ajustadas às problemáticas identificadas. Considerou-se por isso oportuno realçar o desejo de otimizar os recursos já existentes, nomeadamente ao nível dos recursos humanos e das infra-estruturas, maximizando ainda o papel das parcerias comunitárias.

O Planeamento em Saúde é considerado pela OMS como um instrumento que reúne não só as políticas, mas também os objectivos de saúde. Este possibilita melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de protecção, promoção, recuperação e reabilitação da

saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), este instrumento oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objectivos de saúde, mas também de os traduzirem numa acção correcta de desenvolvimento no domínio da mesma.

Segundo Tavares (1990), em saúde planear é

(...) um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro. (p.29)

O processo de planeamento deve fundamentar-se numa estrutura descentralizada que valorize as soluções adequadas a cada território, deve assumir a forma de um processo de negociação, perspectivado num contexto de mudança facilitador à consecução dos objectivos e de inovação, tornando-se evidente que os enfermeiros especialistas em saúde comunitária o considerem imprescindível como orientador das suas intervenções.

Desta forma, e na sequência da implementação dos NACJR pretende-se numa primeira fase discutir as potencialidades deste tipo de intervenção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários como entidade com competências em matéria de infância e juventude.

De seguida coloca-se a discussão sobre os problemas que são colocados no dia-a-dia como profissionais de saúde (equipa multiprofissional), com especial destaque aos grupos profissionais que directamente lidam com os grupos etários em questão salientando o papel dos enfermeiros de saúde infantil, saúde escolar, saúde comunitária, como detentores de saberes específicos na área e com uma visão holística da problemática.

Desde logo, evidenciou-se pertinente, a contextualização da problemática maus tratos ao nível local, explorando as realidades de cada Centro de Saúde e analisando a forma de dar resposta às necessidades identificadas aos três níveis, teórico, técnico e funcional, aquando das reuniões formais e informais realizadas com os coordenadores das Unidades Funcionais dos cinco Centros de Saúde do ACESAL.

Dir-se-ia que, desde logo se afigurou relevante o planeamento de acções de formação dirigida à equipa multiprofissional de todos os Centros de Saúde, estimulando

a reflexão sobre as várias questões teóricas, bem como a discussão das potencialidades deste tipo de intervenção numa perspectiva de sensibilizar os vários profissionais acerca das vantagens de uma articulação funcional, de forma, a actuar precocemente na detecção, sinalização e resolução da problemática. A ênfase dada à uniformização de procedimentos e à promoção de actuações coordenadas entre as diferentes entidades com responsabilidade de intervenção neste domínio, deverão ser encaradas por todos os “agentes” envolvidos como a pedra basilar para a efectivação futura da implementação/operacionalização dos NACJR.

Deste modo descrever-se-á de forma operacional o percurso trilhado para a sua consecução sendo fundamental apresentar o cronograma, bem como a descrição das intervenções, actividades, recursos e alguns indicadores de avaliação.

Importa salientar que, para a consecução deste trabalho de projecto, foram desenvolvidos alguns contactos, formais e informais, pretendendo-se assegurar a sua continuidade, envolvimento e as tomadas de decisão necessárias. Para tal, efectuou-se:

- ✓ Pedido formal de autorização ao Director Executivo do ACESAL, para cedência dos Relatórios Anuais das CPCJ de todos os concelhos do Alentejo Litoral, obtido a 8 de Outubro 2011. (Apêndice I)
- ✓ Convocatória para a realização de reunião de trabalho com os coordenadores das Unidades Funcionais de cada Centro de Saúde do ACESAL. (Apêndice II)
- ✓ Elaboração de convocatória (via e-mail) para Reunião de trabalho de todas as Equipas dos NACJR do ACESAL.
- ✓ Pedido informal à Direcção Geral de Saúde para Formação sobre os NACJR no ACESAL a 27 de Outubro de 2011. (Apêndice III)
- ✓ Pedido formal à Direcção Geral de Saúde para Formação sobre os NACJR no ACESAL. (Apêndice IV)

4.1 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para a consecução do plano de intervenção, apresenta-se o seguinte cronograma de actividades.

Quadro 17 – Cronograma de actividades

Meses	Actividades
Março/2011	<ul style="list-style-type: none">▪ Formação da equipa coordenadora do NACJR;▪ Funcionamento do NACJR (orientado pela DGS);▪ Conceitos, dimensão e determinantes do fenómeno dos maus tratos;▪ Procedimento e protocolos de intervenção;▪ Sistemas de promoção e protecção dos direitos da criança.
Agosto/2011	
Setembro/2011	<ul style="list-style-type: none">▪ Mobilização dos recursos internos;▪ Organização dos procedimentos e protocolos de intervenção a implementar no ACESAL.
Outubro/Novembro 2011	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do NACJR aos coordenadores das Unidades Funcionais do ACESAL;▪ Formação aos coordenadores das Unidades Funcionais do ACESAL (NACJR procedimentos/protocolo de intervenção/ funcionamento e sistemas de promoção/ enquadramento jurídico-legal).
Janeiro/Fevereiro 2012	<ul style="list-style-type: none">▪ Formação à equipa multiprofissional dos Centros de Saúde do ACESAL;▪ Conceitos, dimensão e determinantes do fenómeno de maus tratos;▪ Sistemas de promoção e protecção dos direitos da criança;▪ Manual de procedimentos para técnicos dos cinco Centros de Saúde do ACESAL.
Março/2012	<ul style="list-style-type: none">▪ Mobilização dos recursos externos;▪ Divulgação do projecto à Rede Externa;▪ Protocolo de intervenção e articulação com os núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens de risco (Hospital São Bernardo, Hospital Litoral Alentejano).

4.2 – INTERVENÇÃO, ACTIVIDADES, RECURSOS, RESULTADOS E AVALIAÇÃO

Para a consecução da intervenção foi elaborado, segundo a Metodologia de Projecto, o quadro 18 que descreve o desenvolvimento das actividades ao longo do segundo semestre de 2011 e o primeiro semestre de 2012.

Quadro 18 – Objectivos Específicos, Intervenções/Actividades, Recursos, Resultados e Indicadores de Avaliação

Objectivos Específicos	Intervenções/Actividades	Recursos Humanos/Materiais	Resultados Esperados	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Promover actuações coordenadas entre as diferentes entidades com responsabilidades de intervenção neste domínio. • Motivar os profissionais de saúde para uma actuação concreta na prevenção e intervenção nos maus tratos. • Descrever os conceitos básicos mais importantes sobre os maus tratos (definição, tipologia, sinais, sintomas, e indicadores). • Facilitar os processos de identificação e intervenção, indicando quando, como, e quem deve intervir numa determinada situação observada. • Uniformizar procedimentos de identificação e intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do NACJR às unidades de saúde do ACESAL. • Formação aos coordenadores das unidades do ACESAL (NACJR procedimentos/protocolo de intervenção/ funcionamento e sistemas de promoção/enquadramento jurídico-legal). • Manual de procedimentos para profissionais e outros técnicos, organização de protocolos de intervenção e parcerias, articulação com outras entidades, sua divulgação no terreno. • Formação à equipa multiprofissional sobre conceitos, dimensão e determinantes do fenómeno de maus tratos, procedimentos, sistemas de protecção e promoção, protocolos de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directores do ACESAL. • Mobilização dos recursos internos. • Equipas responsáveis pelas várias unidades funcionais dos Centros de Saúde (UCC, UCSP, USP, SUB). • (Parcerias externas: CM, CPCJ, NLI, IP, RS, IPSS, IEFP e Agrupamentos de Escolas). • Sala de reuniões dos vários Centros de Saúde do ACESAL. • Material logístico. • Transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa multidisciplinar/ Parcerias para divulgação do projecto. • Participação dos diferentes elementos envolvidos no projecto, quer nas actividades, quer nos recursos pretendidos. • Coordenação geral do Projecto bem como a sua articulação funcional em todo o Agrupamento do Alentejo Litoral. • Estabelecimento do Protocolo de Actuação e do Fluxograma como instrumento de trabalho para todos os profissionais. • Uniformização/procedimentos e agilização das intervenções adequadas. • Que o projecto seja reconhecido como um caminho para a melhoria em cuidados de saúde primários no que diz respeito à saúde infantil e juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de reuniões internas e externas. • N.º de formações. • N.º de elementos nas reuniões realizadas. • N.º de formações às entidades externas.

4.3- ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Actualmente, é imperioso dar cumprimento à sustentabilidade do SNS, adoptando políticas adequadas às dificuldades orçamentais sentidas assim, há necessidade de racionalizar e definir prioridades de forma a serem prestados cuidados de qualidade ao menor custo. É premissa do planeamento em saúde, a conjugação dos recursos humanos, materiais e financeiros (Imperator & Giraldes, 1993). Tendo em conta que para o desenvolvimento do projecto, se vai rentabilizar os vários tipos de recursos disponíveis no Agrupamento, não se pode deixar de pensar que para a implementação do mesmo, se deverá ter em conta a dispersão geográfica do ACESAL, os custos na formação da equipa multidisciplinar e os tempos a afectar aos profissionais de cada Unidade Funcional, para a realização das reuniões de trabalho/formações e as respectivas deslocações.

Conscientes de que é fundamental identificar os custos inerentes à operacionalização do projecto de forma a poder responder à necessidade da implementação do NACJR no ACESAL, foi elaborada uma análise de estratégia orçamental, conforme apêndice V.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com Tavares (1990), um projecto de intervenção comunitária deverá especificar as intervenções que o constituem. Ainda segundo o mesmo autor, as referidas intervenções devem ser definidas em função dos objectivos previamente estabelecidos, de modo a rentabilizar os recursos.

Para a operacionalização do trabalho de projecto em questão, foram planeadas várias intervenções, que de seguida serão apresentadas e feita a respectiva análise reflexiva.

a) Apresentação do NACJR às Unidades Funcionais do ACESAL

Uma vez aprovado formalmente pelo Conselho Clínico e pelo Director Executivo da necessidade da implementação do NACJR a nível do ACESAL, a actividade seguinte, foi o da sua apresentação aos vários coordenadores das Unidades Funcionais do Agrupamento. Realizou-se uma reunião no dia 13 de Outubro de 2011, com a seguinte ordem de trabalhos:

- Apresentação do NACJR;
- Enquadramento legal organizacional;
- Articulação funcional no ACESAL;
- Necessidades sentidas e o delineamento das estratégias de implementação do Núcleo a nível do ACESAL.

A possibilidade de reunir com os diferentes coordenadores, teve a intenção de procurar uma direcção comum, promovendo um alinhamento entre as prioridades organizacionais e as necessidades identificadas, o que aliado à revisão sistemática do projecto em questão com os vários intervenientes, com conhecimentos nesta temática, também permitiu uma intervenção fundamentada na experiência de cada profissional envolvido. Considerou-se extremamente importante fazer o levantamento dos recursos existentes e disponíveis no âmbito dos programas de saúde e os profissionais das

equipas de referência de todo o Agrupamento, que estabelecem a ligação entre a comunidade e os Centros de Saúde.

Estiveram presentes:

Conselho Clínico:

- ✓ Director Clínico do ACESAL;
- ✓ Vice-presidente do Conselho Clínico;
- ✓ Vogal Técnico.

Centro de Saúde de Alcácer do Sal:

- ✓ Médico de Medicina Geral e Familiar e representante da saúde na CPCJ;
- ✓ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade e representante na saúde na CPCJ.

Centro de Saúde de Grândola:

- ✓ Médico de Medicina Geral e Familiar e representante da saúde na CPCJ;
- ✓ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Centro de Saúde de Santiago do Cacém:

- ✓ Médico de Medicina Geral e Familiar e Coordenador da UCSP;
- ✓ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade e representante da saúde na CPCJ.

Centro de Saúde de Sines:

- ✓ Médica de Medicina Geral e Familiar e coordenadora da UCSP;
- ✓ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade e representante da saúde na CPCJ.

Centro de Saúde de Odemira:

- ✓ Psicólogo Clínico.

Resultados da Reunião:

- ✓ Constituição do Núcleo e seus representantes em cada Centro de Saúde (organigrama);

- ✓ Procedimentos e protocolos de actuação: rede interna de cada Centro de Saúde e rede externa de cada Centro de Saúde;
- ✓ Processos de intervenção;
- ✓ Recursos humanos e materiais disponíveis em cada Unidade Funcional;
- ✓ Espaço físico para o seu desenvolvimento adequado a cada Unidade Funcional;
- ✓ Proposta do Plano de Formação dirigido à equipa multiprofissional de cada Centro de Saúde: Cronograma e Temáticas;
- ✓ Foi expressa a necessidade de formação sobre a abordagem, diagnóstico e intervenção na área dos maus tratos a crianças e jovens, por parte dos Coordenadores das Unidades Funcionais.

b) Formação aos Coordenadores das Unidades do ACESAL (NACJR procedimentos/protocolo de intervenção/funcionamento e sistemas de promoção/ enquadramento jurídico-legal).

Para dar resposta à necessidade sentida pelos Coordenadores de cada Unidade Funcional do ACESAL, foi desenvolvida uma Acção de Formação sobre a temática “Acção da Saúde para as Crianças e Jovens em Risco” reforçando a necessidade de dar continuidade à anterior reunião de trabalho e aprofundar conhecimentos sobre o processo de organização dos Centros de Saúde, tal como o preconizado pela DGS.

Foi dirigido um convite informal e formal ao Responsável Nacional pelo acompanhamento do NACJR e Chefe de Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida na DGS (Apêndices III e IV) para a realização de uma Acção de Formação sobre a temática supracitada. Acresce ainda para o facto do mesmo se fazer acompanhar da Coordenadora do Serviço Jurídico do Instituto de Apoio à Criança, pertencente à Comissão de Acompanhamento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco com responsabilidades ao nível do enquadramento jurídico do respectivo Núcleo.

O contributo destes experientes profissionais não só enriqueceu a Formação como também motivou todos os presentes para a necessidade de operacionalizar o NACJR no terreno. A Acção de Formação efectivou-se dia dez de Novembro de dois mil e onze, na sede do Agrupamento, em Alcácer do Sal. A cada Coordenador das Unidades, foi pedido que se fizessem acompanhar de outros profissionais de saúde que,

directa ou indirectamente, estivessem ligados a esta problemática, de modo a fomentar a partilha de experiências e que, assim, se tornasse um momento mais enriquecedor e ao mesmo tempo houvesse uma maior aquisição de competências por parte desses mesmos profissionais.

Estiveram presentes na Acção de Formação/Reunião de trabalho os seguintes profissionais:

Centro de Saúde de Alcácer do Sal:

- ✓ Médica de clínica Geral e Familiar
- ✓ Médico Coordenador da UCSP
- ✓ Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Alcácer do Sal
- ✓ Enfermeira Coordenadora da UCC
- ✓ Enfermeira Responsável pelo Programa de Saúde Infantil
- ✓ Enfermeiro do SUB
- ✓ Técnicos de Radiodiagnóstico da SUB
- ✓ Psicóloga Clínica

Centro de Saúde de Grândola:

- ✓ Médica de clínica Geral e Familiar e Elemento cooptado na CPCJ
- ✓ Enfermeira Coordenadora da UCC e Chefe de enfermagem do Centro de Saúde de Grândola
- ✓ Enfermeira Responsável pelo Programa de Vacinação
- ✓ Enfermeira Responsável pelo Programa de Saúde Escolar

Centro de Saúde de Sines:

- ✓ Médico Coordenador da UCSP
- ✓ Enfermeira Coordenadora da UCC e Elemento cooptado na CPCJ
- ✓ Enfermeira do Centro de Saúde de Sines

Centro de Saúde de Santiago do Cacém:

- ✓ Enfermeira Coordenadora da UCC e Elemento cooptado na CPCJ
- ✓ Médico Coordenador da UCSP
- ✓ Médico de Saúde Pública da Unidade de Saúde Pública

Centro de Saúde de Odemira:

- ✓ Enfermeira Coordenadora da UCC
- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Assistente Social e Elemento cooptado na CPCJ

Temáticas da Acção de Formação:

- Apresentação do NACJR.
- Enquadramento jurídico-legal- difusão de informação de carácter legal, normativo e técnico, funções e atribuições do NACJR.
- Casuística sobre a situação dos maus tratos na população infanto-juvenil em Portugal.
- Abordagem do fenómeno dos maus tratos na perspectiva preventiva.
- A questão dos direitos humanos e os direitos da criança.
- A Acção da Saúde para as Crianças e Jovens em Risco responsabilidades das entidades de primeira linha em matéria de infância e juventude.
- Visão sistémica partilhada pelos diversos saberes.
- Articulação funcional interna/externa.
- Desafio à saúde e ao Sistema Nacional de Saúde para encarar o fenómeno dos maus tratos como um problema de Saúde Pública.

c) Reuniões de trabalho da Equipa Coordenadora

Presenças:

- ✓ Médico de Saúde Pública - Representante do Conselho Clínico do ACESAL

- ✓ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Alcácer do Sal
- ✓ Psicólogo Clínico do Centro de Saúde de Odemira- Representante no Conselho Clínico do ACESAL

No período compreendido entre a segunda quinzena de Novembro e 31 de Janeiro de 2012, foram realizadas seis reuniões de trabalho com o objectivo de discutir e elaborar o protocolo de articulação e a proposta de modelo de funcionamento e organograma para aprovação ao Conselho Clínico do ACESAL.

Neste seguimento, definiu, este grupo de trabalho, elaborar alguns documentos, procurando formalizar o Projecto do NACJR do ACESAL com vista a uma efectiva prevenção e intervenção no fenómeno, levando à melhoria da qualidade nas respostas desta entidade a situações concretas, de acordo com os princípios orientadores consagrados pelo Despacho n.º 31292/2008, 5 de Dezembro e pela Lei n.º 147/99.

A produção destes documentos, terá como objectivo a definição das competências assim como a articulação funcional interna e a interligação com todas as estruturas da comunidade envolvidas neste processo. Para tal, seguiram as orientações técnico-científicas definidas pela DGS discriminadas no documento “Crianças e Jovens em Risco-Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde” (2007), sendo, o mesmo, considerado uma referência orientadora de todas as intervenções do NACJR no que diz respeito a esta matéria.

Estas reuniões permitiram reflectir sobre a importância dos Cuidados de Saúde Primários e pela sua intervenção privilegiada, quer pelo contacto precoce com as famílias de cada comunidade quer pela relação que estabelece com as mesmas através da articulação efectiva, que estabelece com as parcerias já existentes.

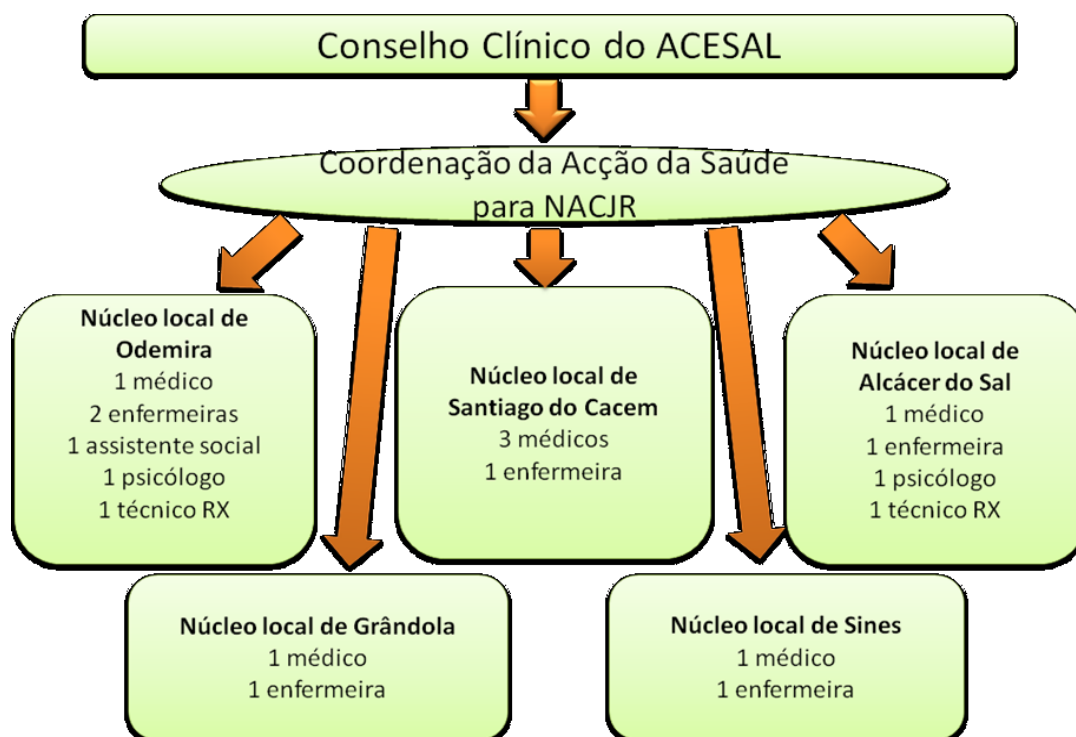
O processo de eleição para a constituição do NACJR definido pela DGS (2007) refere que o mesmo deve ser:

- Constituído no mínimo por um médico, um enfermeiro e outros profissionais de saúde, preferencialmente das áreas Saúde Mental e/ou do Serviço Social.
- Constituído por profissionais que se identifiquem com os objectivos definidos reunindo as seguintes características: ser conhecedor do contexto sociocultural em que intervém e dos recursos comunitários disponíveis; estar capacitado e motivado para a intervenção junto do grupo-alvo em particular nos contextos de

risco; ter formação e/ou experiência de trabalho nas áreas da saúde infanto-juvenil, bem como no âmbito dos maus tratos; ser conhecedor dos mecanismos legais e dos protocolos instituídos acerca desta matéria, seus procedimentos e sinalização entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

Assim e de acordo com os critérios definidos, o NACJR do ACESAL será constituído de acordo com o organigrama seguinte:

Proposta de Modelo de Funcionamento e Organigrama



Assim, os NACJR desenvolvem a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em cooperação com as Unidades Funcionais do ACES, sem prejuízo de necessidade de articulação interinstitucional e intersectoriais indispensáveis ao cumprimento da sua missão. O NACJR funciona na dependência directa do Conselho Clínico não dependendo directamente de nenhuma das Unidades Funcionais.

De forma a rentabilizar os recursos humanos, as experiências e os saberes deverão os elementos destes Núcleos coincidir com os que intervêm directamente nas equipas de Intervenção Precoce, no Programa de Saúde Infanto-Juvenil, Vacinação, Saúde Escolar, Saúde Materna, bem como os elementos da saúde que estão em representação na CPCJ dos cinco Centros de Saúde.

O número de horas a afectar aos técnicos dependerá da situação dos recursos humanos disponíveis em cada Unidade Funcional e será objecto de contratualização entre as diferentes Unidades e o Conselho Clínico/Director Executivo pelo que, se está ciente, que se encontram reunidas condições para a plena concretização da operacionalização deste projecto.

Dadas as especificidades da missão, no que diz respeito às questões éticas de confidencialidade e privacidade e tal como definido nas orientações no documento da DGS, será da responsabilidade de cada Centro de Saúde assegurar condições de trabalho de forma a que o NACJR funcione tendo, para tal, um local específico que permita as reuniões regulares da equipa assim como o atendimento personalizado exigido.

Quanto aos recursos materiais para a execução do projecto são fundamentais, e de acordo com o definido pela DGS, a equipa deve dispor de meios informáticos e de arquivo, meios de transporte disponíveis para os técnicos realizarem as visitas domiciliárias e os contactos que julguem pertinentes com os vários parceiros da comunidade. Os sistemas de informação disponíveis deverão estar em estrito cumprimento de forma a proteger todos os dados pessoais confidenciais. Desta forma, julga-se ter reunido, em cada Centro de Saúde, as condições necessárias quanto a recursos materiais, pois todas as UCC foram apetrechadas aquando da sua implementação, pelo que os mesmos poderão ser concomitantemente utilizados para dar resposta ao projecto dos NACJR.

d) Procedimentos e protocolos de actuação para profissionais e outros técnicos, organização de protocolos de intervenção e parcerias, articulação com outras entidades, sua divulgação no terreno.

➤ Rede Interna de cada Centro de Saúde

Em cada Centro de Saúde terá de ser identificado de entre a equipa referida no organigrama acima transcrito, um elemento de referência interna de cada Núcleo, sendo que esse mesmo elemento receberá as sinalizações internas e procederá à sua apresentação aos restantes elementos do Núcleo nas respectivas reuniões de equipa e salvaguardando a urgência de cada situação. Essas sinalizações serão recebidas de todas as equipas responsáveis pelos programas acima referidos, nomeadamente equipas da UCSP, UCC e USP que são responsáveis pelos diferentes programas: Saúde Infanto-

Juvenil, Vacinação, Saúde Escolar, Saúde Materna, Equipa de Intervenção Precoce bem como dos elementos da saúde que estão em representação na CPCJ e NLI dos cinco Centros de Saúde.

Face às mudanças organizacionais vividas no contexto da Requalificação da Rede dos Serviços de Urgência do SNS e no que concerne à actualização das mesmas, foi definido que o Centro de Saúde de Alcácer do Sal e o Centro de Saúde de Odemira fossem classificados segundo critérios preestabelecidos com a designação de Serviço de Urgência Básica - SUB (Despacho n.º 5414/2008).

Dada a especificidade destas Unidades Funcionais entendeu-se nomear um elemento da equipa que ficará com a responsabilidade da recepção das sinalizações daí provenientes.

Importa referir que aquando da elaboração do Plano de Formação dirigido à equipa multiprofissional será contemplado as especificidades direccionadas aos profissionais da saúde que prestam cuidados nos SUB sobre procedimentos médico-legais urgentes e para os quais seja importante a preservação urgente de evidências físicas, biológicas e não biológicas. Para tal será disponibilizado o apoio de um Perito Médico-Legal, que também está integrado a equipa do NACJR bem como o equipamento necessário à recolha das amostras e/ou recolha de provas, prevendo-se haver lugar a protocolos localmente estabelecidos com os hospitais de referência do Agrupamento (Hospital do Litoral Alentejano, Hospital de São Bernardo).

Ao elemento de referência interna de cada Núcleo, caberá a responsabilidade pelo encaminhamento de toda a informação atempada e actualizada das situações sinalizadas a toda a equipa responsável, bem como, a articulação com os diferentes profissionais, a fim de delinear os planos de intervenção, os quais deverão ser decididos entre toda a equipa envolvida, bem como, com a família da criança.

A decisão sobre os suportes de registos a adoptar foi sujeito a uma discussão e análise de forma a que todos os Centros de Saúde apresentem uniformidade dos seus procedimentos. Para tal, decidiu esta equipa de trabalho adoptar os suportes/documentos sugeridos pela DGS (2011) disponíveis no documento “Maus Tratos em Crianças e Jovens”- Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco que se passa a designar:

- ✓ Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares (Anexo I);

- ✓ Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica/ Serviço de Urgência Básica/ Consulta de Reforço ou outra (Anexo II) ;
- ✓ Guia de Registo de Visitação Domiciliária (Anexo III) ;
- ✓ Modelo de Relatório para Aplicação do Artigo 91º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (Anexo IV);
- ✓ Modelo de Relatório para Denúncia de Situação de Mau Trato em Criança/Jovem como Crime Público (Anexo V).

Para dar continuidade à uniformização de procedimentos foi decidido organizar um dossier temático do NACJR onde reunisse todos os modelos de sinalização e documentos inerentes ao processo funcional e que fosse distribuído um exemplar por cada Centro de Saúde de forma a facilitar uma consulta rápida pelos profissionais sempre que se justificar. Assim fará parte integrante deste dossier os seguintes documentos:

- ✓ Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares;
- ✓ Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica/ Serviço de Urgência Básica/ Consulta de Reforço ou outra;
- ✓ Guia de Registo de Visitação Domiciliária;
- ✓ Modelo de Relatório para Aplicação do Artigo 91º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro;
- ✓ Modelo de Relatório para Denúncia de Situação de Mau Trato em Criança/Jovem como Crime Público;
- ✓ Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro) (Anexo VI);
- ✓ Fluxograma de Intervenção nos Centros de Saúde (Anexo VII);
- ✓ Fluxograma de Intervenção nos Hospitais/Serviço de Urgência (Anexo VIII);
- ✓ Exemplar do documento da DGS intitulado Maus Tratos em Crianças e Jovens- Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção- Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (DGS, 2011);

- ✓ Os Circuitos e Procedimentos de Arquivo inerentes a cada Centro de Saúde do ACESAL serão definidos segundo as particularidades de cada Unidade Funcional e será elaborado posteriormente pelos elementos responsáveis do Núcleo pertencentes a cada uma delas e de acordo com o disposto na Portaria n.º 247/2000 de 8 de Maio.

Reconhecida a necessidade de garantir uma articulação efectiva entre as várias entidades externas (Hospitais, IPSS, Segurança Social, Agrupamentos de Escolas, CPCJ, Autarquias, Redes de Suporte Social formais e informais e outros) quer internamente com todos os elementos de referência do Núcleo, foi criado um endereço electrónico específico a este Núcleo, cuja divulgação será feita internamente, aquando das formações em serviço, bem como, a todas as entidades externas ao Agrupamento.

➤ **Rede Externa de cada Centro de Saúde**

Em cada Centro de Saúde o elemento de referência do NACJR será responsável pela articulação com todas as entidades parceiras da Rede de Suporte Social formais e informais (Hospitais, IPSS, Segurança Social, Agrupamentos de Escolas, CPCJ, Autarquias). Dever-se-á ter em conta os recursos humanos e os meios necessários existentes em cada Centro de Saúde de forma a que os mesmos sejam rentabilizados. Reconhecido que é o trabalho de parceria existente no Agrupamento, o mesmo deve ser continuado de forma a evitar duplicação de serviços e recolha de informação/entrevistas junto de cada família, atendendo a que a partilha de informação não confidencial não seja duplicada.

➤ **Processo de Intervenção no Centro de Saúde**

A identificação de contextos de risco e sempre que haja suspeita ou seja verificada uma situação de maus tratos na criança/jovem, quer através de sinalização efectuada por qualquer entidade de primeiro nível ou pelas próprias equipas do NACJR do próprio Centro de Saúde, deverá desenvolver-se um conjunto de procedimentos. Tendo em conta que o processo de intervenção é desenvolvido em várias fases, deverão

ser as mesmas referenciadas mediante uma sequência lógica de forma a dar cumprimento ao objectivo identificado como uniformização de procedimentos. Assim, a primeira fase será:

- **Sinalização** - esta deverá ser feita a um dos elementos do NACJR do Centro de Saúde, através da utilização das fichas de sinalização referenciadas anteriormente e disponíveis no dossier temático distribuído por cada Centro de Saúde. Esta sinalização, também poderá ser feita verbalmente através da rede informal sendo que deverão ser transmitidas todas as informações pertinentes que servirão para identificar a situação de risco, devendo o profissional que recebe a sinalização verbal preencher a respectiva ficha.
- **Reunião de Triagem** - mediante a emergência de cada sinalização, deverá o NACJR proceder à sua análise, bem como delinear a intervenção mais adequada, pelo que, deverá eleger um responsável de caso de entre a equipa que conduzirá o processo em avaliação. O profissional responsável pelo mesmo, terá como objectivo, a comunicação entre os vários parceiros de 1º e/ou de 2º nível, tendo em conta que a intervenção se efective com a rapidez necessária, de forma a evitar consequências gravosas para a criança/jovem sinalizado. A periodicidade das reuniões deverá ser decidida por cada CS mediante as situações sinalizadas.
- **Recolha de Informação** - a compilação necessária de informação que consubstancie a sinalização em causa, deverá ter em conta o preenchimento de uma ficha de acolhimento que contenha a identificação social da família, a identificação da criança e dos seus prestadores de cuidados, os antecedentes familiares e a dinâmica familiar, a história de desenvolvimento da criança, o genograma e se, existiram, intervenções anteriores.

Tendo em conta que todas as Unidades Funcionais estão equipadas com os sistemas informáticos: Sistema Informático de Apoio Médico - SAM, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE, Sistema Informático das Unidades de Saúde - SINUS, todas as informações necessárias para o preenchimento destes instrumentos poderão ser obtidas através destas bases, evitando a duplicação de informação e potenciando os recursos disponíveis.

Importa, ainda, salientar que se deverá proceder à descrição detalhada da situação, de forma a fundamentar eficazmente o Plano de Intervenção à criança/jovem e família.

Prevê-se que a equipa coordenadora do NACJR fique com a responsabilidade de coadjuvar/assessorar todas as equipas internas e externas e agendar mensalmente as reuniões de trabalho.

Terá ainda que proceder à monitorização e avaliação das actividades desenvolvidas pelos diferentes NACJR e proceder ao seu envio à Comissão Nacional de Acompanhamento da DGS.

A avaliação e a monitorização dos NACJR, a nível local, deve ser um processo regular, envolvendo todos os intervenientes de forma a promover o intercâmbio, fomentar momentos de reflexão, permitindo a manifestação das dúvidas, críticas e sugestões, para o melhoramento de todo o processo.

e) Formação à equipa multiprofissional sobre conceitos, dimensão e determinantes do fenómeno de maus tratos, procedimentos, sistemas de protecção e promoção, protocolos de intervenção.

Uma das prioridades da coordenação estratégica da Reforma dos CSP, incide na formação dos profissionais, sendo que a mesma é considerada um dos instrumentos fundamentais para o desenvolvimento da qualidade do desempenho do Sistema de Saúde (MCSP, 2011). Entende-se que, a formação, deve ser compreendida como o esforço estruturado de transformação de competências individuais com o objectivo de melhorar o desempenho colectivo de forma a atingir os objectivos organizacionais do ACESAL.

Neste seguimento, definiu este grupo de trabalho, encetar a preparação técnica da equipa multiprofissional no âmbito dos maus tratos a crianças e jovens em risco, fomentando a participação activa dos mesmos. Teve como desígnio valorizar, organizar e agilizar procedimentos que são tidos nas várias unidades prestadoras de cuidados de saúde que intervêm junto destes grupos etários, sendo que a contribuição e a preparação técnico-científica de todos os profissionais envolvidos seja a “pedra de toque” para a aceitação e a operacionalização do projecto no terreno. Assim, pretende-se organizar, em cada Centro de Saúde do Agrupamento, uma Acção de Formação, pelo que foram seleccionadas e compiladas as temáticas a abordar tendo em conta o levantamento das

necessidades de cada profissional e as especificidades de cada Centro de Saúde com vista a promover as boas práticas na detecção, encaminhamento e intervenção nas crianças e jovens em risco de acordo com o documento técnico da DGS.

Para dar cumprimento a esta intervenção, este grupo de trabalho realizou no dia 27 de Fevereiro de 2012 a primeira Acção de Formação no âmbito da “NACJR - Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, sendo que o programa e os seus objectivos se encontram discriminados no apêndice VI. Estiveram presentes vinte e oito profissionais das Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Alcácer do Sal.

A calendarização das próximas Acções de Formação estão programadas para os próximos meses de Abril e Maio de 2012, com data a agendar consoante a disponibilidade da equipa formadora.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Avaliação é a última fase do processo de Planeamento em Saúde, devendo ser definida desde a concepção do Projecto.

A finalidade da mesma é melhorar os projectos e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas.

A Avaliação contínua do projecto, dever-se-á traduzir num diálogo sucessivo com os intervenientes, de modo a que a sua participação assente na consciencialização, e seja uma mais-valia para o resultado final, consiste no confronto dos objectivos propostos com os resultados obtidos (Imperator & Giraldes, 1993).

Relativamente ao cumprimento dos objectivos específicos definidos, considera-se que estes foram parcialmente atingidos. Seguidamente, apresentar-se-á uma análise reflexiva em relação a cada um dos objectivos específicos propostos inicialmente.

6.1 - AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

a) Promover actuações coordenadas entre as diferentes entidades com responsabilidades de intervenção neste domínio.

Este objectivo foi atingido através dos diversos encontros de trabalho e reuniões formais e informais realizadas no âmbito deste trabalho de projecto. Ao longo destas foram debatidos vários temas, já referidos anteriormente. De salientar que destes encontros de trabalho foram definidos os procedimentos uniformizados de forma a seguir uma linha orientadora para a operacionalização do projecto e discutidos e analisados os documentos que serão utilizados por todos os profissionais do NACJR.

No desenvolvimento destas intervenções, não foram sentidas dificuldades para atingir o objectivo, pelo reconhecimento por todos os profissionais intervenientes da filosofia de base que sustenta a missão do NACJR.

b) Motivar os profissionais de saúde para uma actuação concreta na prevenção e intervenção nos maus tratos.

Com a implementação deste projecto os profissionais sentiram-se envolvidos para o cumprimento de uma missão possível de ser atingida, pela adequação e coordenação entre os diferentes níveis, pelos recursos disponíveis de forma a assegurar a equidade e, consequentemente, a minimização da problemática em questão.

Teve-se, ainda, em atenção o facto de apresentar aos mesmos o diagnóstico da situação ligada aos maus tratos no Alentejo Litoral através dos dados obtidos pela análise dos relatórios anuais de actividades ligados às CPCJ, o que tornou visível a realidade, reconhecendo o projecto como o início de um grande desafio de intervenção, considerando-o, uma mais-valia para a optimização do trabalho de parceria e respeitando o Princípio da Subsidiariedade.

c) Descrever os conceitos básicos mais importantes sobre os maus tratos (definição, tipologia, sinais, sintomas, e indicadores).

d) Facilitar os processos de identificação e intervenção, indicando quando, como, e quem deve intervir numa determinada situação observada.

Para a consecução destes dois objectivos pretende a equipa coordenadora do NACJR desenvolver as Ações de Formação no âmbito dos maus tratos a Crianças e Jovens em Risco nos cinco Centros de Saúde do ACESAL, face à limitação do tempo, não foi possível dar cumprimento ao cronograma inicialmente apresentado, uma vez que o projecto foi planeado para ser desenvolvido até final de 2011. De referir que o seu desenvolvimento está previsto para o primeiro trimestre de 2012, pelo que avaliação destes objectivos, só será possível depois do efectivação das Acções de Formação planeadas.

e) Uniformizar procedimentos de identificação e intervenção.

Para a consecução deste objectivo na fase em que se encontra o presente trabalho de projecto, só será possível avaliar a etapa processual correspondente à estrutura e organização do NACJR:

- Constituição do Núcleo e seus representantes em cada Centro de Saúde (organigrama).
- Consultadoria aos profissionais/ equipa multiprofissional e coadjuvação na condução do processo;
- Definição em cada Centro de Saúde do espaço físico para o seu desenvolvimento adequado;
- Adequação dos recursos humanos e materiais disponíveis em cada unidade funcional;
- Definição dos procedimentos e protocolos de actuação quer da rede interna quer da rede externa de cada Centro de Saúde conforme o disposto no documento orientador da DGS.

6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

A Avaliação seleccionada consiste no confronto dos objectivos propostos com os resultados obtidos.

Nesta fase do trabalho julga-se poder afirmar que se respondeu aos objectivos definidos na fase do planeamento em que se encontra. Com a implementação das estratégias definidas para cada um dos referidos objectivos, estão criadas as condições para que a equipa do ACESAL possa dar continuidade ao projecto.

Convictos quanto à sua pertinência, mas cientes de eventuais dificuldades à sua prossecução, pretendeu-se avaliar qualitativamente a viabilidade do projecto de implementação/operacionalização dos NACJR no ACESAL.

Para tal, solicitou-se a cada Coordenador de Unidade envolvido neste processo, uma avaliação individual utilizando como metodologia a Análise S.W.O.T. (Strenghts – Pontos Fortes; Weaknesses – Pontos Fracos; Oportunities – Oportunidades; Threats – Ameaças).

Os quadros abaixo indicados representam a súmula dessa avaliação. Considera-se que os factores internos organizacionais são os pontos fortes e fracos do projecto.

S (PONTOS FORTES)	W (PONTOS FRACOS)
<ul style="list-style-type: none"> • Motivação da equipa. • Concorrer para o aumento de conhecimentos/competências dos profissionais de saúde para formação em serviço. • Potenciação do trabalho conjunto com todos os profissionais (trabalho em equipa). • Contribui para a promoção dos direitos da criança. • Abordagem multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige uma organização sistematizada, prevendo-se a necessidade de acréscimo de horas para desenvolvimento da actividade. • Carência de recursos humanos que condiciona a dificuldade na gestão de tempo de equipa. • Dificuldade na articulação com alguns grupos profissionais. • Falta de divulgação NACJR às restantes equipas multidisciplinares. • Falta de sensibilidade para questões de risco/perigo. • Distância geográfica. • Grande quantidade de actividades afectas aos elementos coordenadores do grupo.

Analisando os resultados obtidos, salienta-se a diversidade de respostas/opiniões, sendo que são nítidas as diversas perspectivas quanto à operacionalização do NACJR no terreno. É evidente que os pontos fortes do projecto se centram na potencialidade do trabalho de equipa multidisciplinar e no reconhecimento da filosofia de base que o sustenta como missão dos CSP, para a promoção dos direitos da criança.

Quanto aos pontos fracos mencionados, evidenciam-se a dificuldade da gestão do tempo para a articulação entre as equipas e nos recursos humanos disponíveis em algumas das Unidades Funcionais do ACESAL, o que interfere directamente com as múltiplas actividades afectas a cada elemento que ficará com a responsabilidade pelo NACJR.

É importante salientar que alguns dos pontos fracos referidos podem ser ultrapassados pela efectivação das actividades planeadas pela equipa coordenadora, aquando da consecução das Acções de Formação propostas, nomeadamente no que se refere à falta de divulgação do NACJR às restantes equipas multidisciplinares.

Utilizando a mesma metodologia e no que se refere às oportunidades e às ameaças em relação a implementação/operacionalização do projecto no terreno, constata-se que a avaliação incide maioritariamente sobre factores organizacionais externos. O quadro seguinte reúne e apresenta os resultados obtidos:

O (OPORTUNIDADES)	T (AMEAÇAS)
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio dos líderes organizacionais. • Representa uma possibilidade de melhorar a articulação com parcerias comunitárias e com as famílias. • Desafio individual/colectivo para a resolução de situações complexas ligadas à problemática “Maus tratos na infância”. • Dar visibilidade a intervenções correntes na área da saúde infantil mas que não estão sistematizadas. • Possibilidade de formação a maior número de profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • A conjuntura sócio económica das famílias actualmente pode ter efeito potenciador no número de sinalizações. • Recursos humanos/tempo médio de atendimento nas consultas de saúde infantil poderá ser insuficiente para a análise de cada situação. • Dispersão geográfica. • Matéria de abordagem delicada.

Analisando os resultados obtidos, constata-se que, no que diz respeito às oportunidades da implementação/operacionalização do projecto no terreno, é o seu reconhecimento pelos líderes organizacionais e, também, o facto do mesmo tornar visível as intervenções já existentes neste domínio, bem como da possibilidade de melhorar a articulação com os parceiros comunitários, sendo que este é um dos objectivos definidos na última etapa deste projecto – Divulgação do NACJR aos parceiros comunitários. É reconhecido pelos profissionais o investimento na área formativa para a qualidade dos cuidados que se prestam à comunidade.

Quanto às ameaças, constata-se que os possíveis riscos identificados não são relativos ao projecto mas, a situações contextuais que poderão vir a ser ajustadas com algumas mudanças organizacionais ou até mesmo sociais.

Em termos práticos, o presente trabalho de projecto (implementação/operacionalização dos NACJR) está em congruência com os Vectores Estratégicos do ACESAL (Definição e estruturação organizacional, Normalização dos processos e procedimentos de trabalho, sua monitorização e avaliação; Articulação com a comunidade, Desempenho organizacional). Relativamente aos objectivos estratégicos a concretização deste trabalho projecto concorrerá para a efectivação dos OE 1 – Incrementar a articulação com a comunidade, nas suas várias vertentes; OE 3 – Definir e normalizar processos e procedimentos de trabalho; OE 5 – Melhorar o desempenho,

aos diferentes níveis, de todas as Unidades Funcionais; OE 6 – Desenvolver estratégias comunicacionais internas e externas.

Julga-se poder afirmar que este trabalho de projecto se enquadra quer na Missão (O ACESAL tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários à população, com qualidade e segurança, no respeito pelas regras e deveres éticos e deontológicos essenciais à sua actividade, utilizando os recursos da comunidade de forma responsável e eficiente, numa coerência de integração e complementaridade, de acordo com a estratégia nacional e regional para os CSP), quer na Visão (Desenvolver a nossa actividade de forma mais eficiente e eficaz de acordo com as necessidades identificadas e tecnicamente sustentadas, num contexto organizacional estável, com a participação e reconhecimento das comunidades e dos profissionais, de forma a ser efectivamente uma organização promotora da saúde e do desenvolvimento integrado do Alentejo Litoral), quer nos Valores (Promoção do desenvolvimento da educação para a saúde; Promoção permanente da qualidade e humanização na prestação de cuidados e nos serviços disponibilizados; Promoção da qualidade no acolhimento; Compromisso com a causa pública e no desenvolvimento de cuidados de proximidade) do ACESAL.

Em termos concretos, espera-se que o presente trabalho de projecto contribua para o aumento da qualidade de vida da população alvo, ou seja, das crianças e jovens das comunidades e, em simultâneo, das famílias onde estão integradas. Em termos do impacto comunitário e social, pretende-se contribuir para o aumento da articulação e da efectivação entre as diferentes estruturas de apoio social e da saúde, bem como a uniformização dos procedimentos a nível das Unidades Funcionais do ACESAL. Deste modo concretizar-se-á a perspectiva holística que tanto se defende.

Espera-se como resultado deste projecto, o aumento da capacidade de resposta efectiva às situações ligadas à área da problemática em estudo, nomeadamente:

- Coordenação geral do Projecto bem como a sua articulação funcional em todo o Agrupamento do Alentejo Litoral.
- Estabelecimento do Protocolo de Actuação e do Fluxograma como instrumento de trabalho para todos os profissionais para, através dos quais, se consigam identificar as diferentes situações de forma integrativa e aprofundada potenciando as intervenções das diferentes instâncias.
- Adopção uniforme de procedimentos e intervenções adequadas e céleres em todas as situações identificadas.

- Que o projecto seja reconhecido como um caminho para a melhoria em CSP no que diz respeito à saúde infanto-juvenil.

7 – **CONCLUSÃO**

O desenvolvimento do presente trabalho de projecto revelou-se um compromisso no que respeita aos direitos humanos, éticos e legais. Declara um esforço conjunto na aquisição de competências técnico-científicas que permitiram articular e otimizar os recursos existentes, de forma a dar resposta ao desígnio que foi proposto inicialmente: implementar a intervenção no domínio dos maus tratos, promovendo as boas práticas face a este problema de saúde.

Nesta perspectiva, foi evidente o compromisso organizacional e o envolvimento da equipa multiprofissional no alinhamento com as prioridades organizacionais, no sentido de melhorar os cuidados prestados e obter ganhos em saúde. Expressa, ainda, uma responsabilidade profissional, em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel fundamental a nível dos quatro domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

A elaboração deste trabalho de projecto permitiu mobilizar e consolidar todas estas competências, integrando os conhecimentos fundamentados e as decisões estratégicas numa óptica sistémica e sustentável.

Espera-se que, como resultado do mesmo, se consiga a implementação efectiva do NAJCR, a sua operacionalização e que se potenciem os “instrumentos” de trabalho através dos quais os profissionais possam identificar de forma integrativa e aprofundada as diferentes problemáticas/situações.

Deste modo, pretende-se fortalecer a agilização de processos e procedimentos em rede, que permitam favorecer a aplicação de estratégias comuns de acção e articulação funcional efectiva.

Espera-se conseguir estabelecer formas de articulação que consolidem a cooperação entre as diversas entidades, estruturas e programas, de modo a contribuir para a prevenção dos maus tratos a crianças e jovens, assim como para o desenvolvimento de boas práticas no domínio da prestação de cuidados de saúde.

À semelhança do que sucede com outras entidades que integram o sistema de protecção, a implementação dos NACJR partilham igual responsabilidade na realização desta missão atribuindo aos maus tratos a crianças e jovens um carácter prioritário na sua intervenção.

A criação das UCC constitui uma grande oportunidade para responder de forma efectiva às reais e actuais necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos e têm a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas, face aos novos e complexos desafios que decorrem das mudanças demográficas e epidemiológicas.

Perante a problemática dos maus tratos e da necessidade de operacionalizar no terreno os NACJR, julga-se pertinente enquadrar, neste contexto, o desenvolvimento desta actividade, concorrendo, assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão dos CSP e consequentemente do ACESAL. Esta apreciação foi baseada nos resultados das intervenções que foram desenvolvidas e que tiveram por base as possíveis avaliações efectuadas. Perante a informação recolhida, julga-se poder afirmar que o processo se encontra no caminho certo e que encerra potencialidades para alcançar o pretendido.

A metodologia, tal como está a ser implementada, mostra potencialidades de adequação ao desígnio a que se propôs. O planeamento e a execução deste trabalho de projecto, se, por um lado, permitiu um crescimento pessoal e um acréscimo da maturidade profissional, ao intervir de uma forma proactiva na dinâmica da equipa multidisciplinar, permitiu, também, perceber a sua utilidade e a magnitude da problemática em questão, motivando para uma conduta na vida profissional que vai aperfeiçoar as boas práticas nesta área específica.

Considera que, apesar de não ter sido possível atingir todos os objectivos delineados à partida e até ao momento da realização deste relatório, as intervenções desenvolvidas tiveram uma boa participação quanto ao seu propósito e intenção. Os projectos apresentam um princípio, um meio e um fim. Talvez como em todos os outros, este momento não significa o abandono deste trabalho, mas apenas o terminar de uma etapa, uma vez que ainda há um longo caminho a percorrer.

Entende-se ser o momento ideal para a implementação e operacionalização dos NACJR e reconhece-se que, quer pela mobilização e aglutinação dos vários saberes, quer pelas estratégias favorecedoras de parcerias, sejam potenciadas as respostas efectivas a tão complexa realidade, conseguindo, assim, a obtenção de ganhos em saúde.

8 - **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

A Convenção sobre os Direitos da Criança *adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990*. Recuperado em 2011, Dezembro 15. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2011) *Relatório de Actividades do ACESAL 2010* (documento interno).

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2011), *Plano de Desempenho ACESAL*. (documento interno).

Almeida, I. C. (2004). *Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?* *Análise psicológica* (2004), 1 (XXII): 65-72.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Estatísticas APAV 2010 retificadas*. Recuperado em 2011, Novembro 25. Disponível em http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas_APAV_2010_.pdf.

Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes.

Carta de Bangkok (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Recuperado em 2011, Novembro 25. Disponível em http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Carta%20de%20Bangkok.pdf.

Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986) *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, Novembro 1986. Recuperado em 2011,

Dezembro 12. Disponível em:
<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>.

Correia, L., M., (2002) *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto: Porto Editora.

Declaração de Jacarta, (1997, Julho). *Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, 21-25 de Julho de 1997. Recuperado em 2011, Dezembro 12. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>.

Direcção Geral de Saúde (2007). *Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Maus tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde* Documento Técnico.

Direcção Geral de Saúde (2009). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Esclarecimento sobre Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saúde (2010). *Protocolo entre a DGS, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, Coordenação Nacional de Saúde Mental*, Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: DGS.

Guerra, I. (1994). *Introdução à metodologia de projecto*. CET (doc. Interno). Recuperado em 2012 Janeiro 24. Disponível em <http://www.cfpa.pt/cfpa/pes/meterelatorios.pdf>.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.

Imperatori, E.& Giraldes, M. (1993). *Metodologias do Planeamento de Saúde*. 3ª Ed. Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística, IP. (2011a). *Estatísticas Continentais e Territoriais 2011*. Recuperado em 2011 Dezembro 19 Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3. Consultado a 18 de dezembro de 2011

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011b). *Anuário Estatístico da Região do Alentejo de 2010*. Lisboa. INE. Recuperado em 2011, Dezembro 27. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=130327251&PUBLICACOE_Smodo=2.

Instituto Nacional de Estatística, IP. (2011c). *Censos 2011 - Recenseamento Geral da População. Resultados preliminares*. Recuperado em 2011, Dezembro 19. Disponível em http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&source=hp&q=censos+2011&gbv=2&rlz=1W1ADSA_pt-PTPT429&oq=censos+2011&aq=f&aqi=g10&aql=&gs_sm=si&gs_upl=97501165931011976511111101111013121212610.5.4.111010.

International Council of Nurses (2002a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses (2002b). *Nurses always for you: caring for families*. Geneva: ICN.

Lampreia, M.J.G (2012). *Manual de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Académicos*. Documento de orientação à elaboração e apresentação de trabalhos académicos no âmbito do 2º CPLEEC. Documento não publicado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja.

Machado, C. & Gonçalves, R.A. (2002). *Violência e vítimas de crime*: Vol. 2. Coimbra: Quarteto Editora.

Magalhães, T. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.

Martins, E. & Szymanski, H. (2004). *A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com famílias*. Estudos e pesquisas em Psicologia, VERJ, RF, ano 4, 1º semestre 2004. Recuperado em 2011, Novembro 5. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

McWilliam, R. (2010). *Routines - Based Early Intervention, Supporting Young Children and Their Families*. Guilford: New York.

Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2009). *Directiva Conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde nas CPCJ*. Lisboa.

Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre. Artmed Editora.

Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Missão Cuidados de Saúde Primários (2011), Coordenação Estratégica da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado em 2012, Fevereiro 22. Disponível em http://www.m.csp.minsaude.pt/Imgs/content/page_105/csp_prioridadesformativas2011_v20100803-final.pdf.

Nunes, J.& Gonçalves, M., (2007-2008). *Crescer Projecto de Intervenção Precoce*. Centros de Apoio Psicopedagógicos de São Vicente e de Porto Moniz.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001) - Divulgar: *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Divulgar: *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Plano Nacional de Saúde (2011-2016), *Pensar Saúde*, Boletim Informativo Edição 0, Alto Comissariado da Saúde. Recuperado em 2012 Janeiro 23, Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt-pns2012-2016/files/2010/02/boletim-pensar-saude-n%c2%ba01.pdf>.

Portugal, Ministério da Saúde (1996, Setembro 4). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República, I Série-A* (205), 2959 - 2962.

Portugal, Ministério da Saúde (1998, Abril 21). Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, *Diário da República, I Série-A* (93), 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (1999, Setembro 1). Lei n.º147/99, de 1 de Setembro, *Diário da República, I Série-A* (204), 6115-6132.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Dezembro 5). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República, II Série*, (236), 49207-49231.

Portugal, Ministério da Saúde (2009, Setembro 16). Lei n.º 111/2009: *Diário da República, I Série* (180), 6528-6550.

Portugal, Ministério da Saúde e da Cultura *Diário da República* (2000, Maio 8). I Série-B- (106) de 8 de Maio. Portaria n.º 247/2000 de 8 de Maio, 1937-1944.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22), Diário da República I Série (38) 22 de Fevereiro de 2008, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, 1182-1189.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Janeiro 28), Diário da República, Série II (42) 28 de 2008, de 28 de Fevereiro de 2008, Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Janeiro, 8083-8085.

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2009 Março 18), Diário da República, I série (54) 18 de Março de 2009, Portaria n.º 275/2009 de 18 de Março, 1727-1728.

Portugal, Assembleia da Republica (1990, Agosto 24), Diário da Republica, I Série (195) de 24 de Agosto de 1990, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, 3452-3459.

Ramião, T. A. (2010). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. 6ª Edição. Lisboa. Q. J. Sociedade Editora.

Reis, V. (2009). *Crianças e Jovens em risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. Recuperado em 2011, Setembro, 24. Disponível em http://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/11781?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo.

Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões Nacionais de Protecção a Crianças e Jovens (2010). Recuperado em 2011 Novembro 25. Disponível em <http://criancasatortoeadireitos.wordpress.com/tag/relatorio-anual-de-avaliacao-da-actividade-da-comissoes-de-proteccao-de-criancas-e-jovens/>

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Sampaio, D., Cruz, H. & Carvalho, M.J.L. (2011). *Crianças e Jovens em Risco, A Família no Centro da Intervenção*. Recuperado em 2012 Janeiro 29. Disponível em

http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/PGDH_livrofinalCJR2011.pdf.

Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2011) - SIARSA.

Sistema de Segurança Interna (2010). Relatório Anual de Segurança Interna. Recuperado em 2011 Novembro 25. Disponível em http://www.parlamento.pt/Documents/XIILEG/RASI_%202010.pdf.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária Promoção de Saúde de: grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Torres, A. M. C., Mendes, R., Brites, R. & Lapa, T. (2004). “Família no contexto europeu. Alguns dados recentes do European Social Survey”, trabalho apresentado em V Congresso de Sociologia. Recuperado em 2011 Novembro 19. Disponível em <http://analiatorres.net/pdf/familiasnocontextoeuropeu.pdf>.

UNESCO (1998). *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca. Recuperado em 2012 Janeiro 31. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf>.

Victor, J. F, Lopes M.V. & Ximenes, L. B. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender* Acta Paul Enferm. 18 (3), 235 – 240. Recuperado em 2011 Novembro 12. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>.

Weber, L.; Prado, P.; Viezzer, A. & Brandenburg, O. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 17(3), 323-331.

World Health Organization (2010) – Media Centre *Child Maltreatment*, fact sheet n.º 150. Recuperado em 2011 Setembro 27. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>.

Wyness, M., Harrison, L. & Buchanan, I. (2004, Fevereiro), Childhood, politics and ambiguity: towards an agenda for children's political inclusion, *Sociology*, Vol. (38), (1), 81-99.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido formal de autorização ao Director Executivo do ACESAL, para cedência dos
Relatórios Anuais das CPCJ de todos os concelhos do Alentejo Litoral

Ex^o Sr. Director Executivo do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral

Eu, Maria Cristina Ribeiro, enfermeira especialista no Centro de Saúde de Alcacer do Sal, estudante da Escola Superior de Saúde de Beja do Instituto Politécnico de Beja, a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, venho por este meio pedir a V^{ra} Ex^a autorização que todos os Centros de Saúde do Alentejo Litoral lhe cedam os relatórios anuais (ano 2010) da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens para análise indicadores que possam consubstanciar a fundamentação teórica do futuro trabalho de mestrado intitulado:

"Implementação do Núcleo de Apoio à Criança e Jovens de Risco no Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral".

O presente projecto enquadra-se na problemática dos maus tratos à criança e jovens em risco e tem como finalidade a implementação a nível dos Centros de Saúde do Agrupamento do Alentejo Litoral do Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco.

O desenvolvimento de um trabalho desta natureza prende-se com a necessidade imperiosa de operacionalizar a intervenção ao nível dos C.S.P. como entidades de primeiro nível na identificação, na sinalização e no encaminhamento/resolução desta problemática lato emergente na nossa actual conjuntura social, assim como promover boas práticas face a este problema de saúde. Pretendemos assim responder à Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro.

Comprometo-me no final do trabalho, partilhar e divulgar no A.C.E.S.AL todos os resultados bem como os procedimentos que ficarem definidos

576
Bacia positiva em saúde e a nível
30.10.11
Maria Cristina Ribeiro
Presidente do Conselho Clínico
AGUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO
ALENTEJO LITORAL

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Maria Cristina Ribeiro Caixas Lima

Maria Cristina Ribeiro Caixas Lima

Alcacerdo Sal, 8 Outubro de 2011

AGUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO
ALENTEJO LITORAL
Director Executivo
Paulo Espiga

APÊNDICE II

Convocatória para a realização de reunião de trabalho com os coordenadores das
Unidades Funcionais de cada Centro de Saúde do ACESAL

CONVOCAT6RIA

Vimos por este meio convocar as Equipas dos Nucleos de Crian as e Jovens em Risco do ACESAL, para uma reuniao a ter lugar na Unidade de Saude Publica em Santiago do Cacem no **dia 13/10/2011 pelas 10 horas** com a seguinte ordem de trabalhos:

- 1 – Informa oes
- 2 – Apresenta ao do Nucleo
- 3 – Analise de casas

A Equipa Coordenadora

Dr. Mario Jorge
Dr. Agostinho Grelha
Enf!! Cristina Caixas

Santiago do Cacem, 29 de Setembro de 2011

Nota: Os participantes devem apresentar casos em que tenham dlvidas quanto aos procedimentos a adoptar ou considerem ser uma experiencia interessante a partilhar com os colegas.

APÊNDICE III

Pedido informal à Direção Geral de Saúde para Ação de Formação sobre os NACJR no
ACESAL

Cara Sra. Enf.ª Cristina Lima

Muito obrigado pelo seu email!

Ainda bem que a Acção de Saúde para CJR está a "mexer" por aí!

Com todo o gosto tentaremos apoiar-vos no que for possível.

Em relação ao vosso convite, estive com a Enf.ª Bárbara M. a ver agendas e, caso seja possível para vós, convidar-nos-la marcar a reunião, salvo qualquer imponderável, neste momento, para o próximo dia 10 de Novembro (de manhã ou de tarde, conforme for da vossa conveniência). Em alternativa, embora menos viável para nós, seria já no dia 27 deste mês, mas será mais difícil (e, provavelmente, também para vós).

Não sei se foi dado conhecimento da iniciativa à Dra. Carmo Velez, mas sugeria que o fizessem, uma vez que é nossa política não "ultrapassar" as coordenações regionais da Acção e, por outro lado, há toda a vantagem no envolvimento da ARS no processo.

Fico a aguardar novo contacto.

Cumprimentos

Vasco Prazeres

Chefe da Divisão de Coordenação da Saúde no Ciclo de Vida
Direção-Geral da Saúde

Cristina Ullrich [mailto:Cristina.Lima@alentejoalitoral.mtn-s: ude.pt]

Enviada: quinta-feira, 20 de Outubro de 2011 14:13

Para: Vasco Manuel; Maria Barbara c. de Menezes

cc: Merlo Santos; JOSe Grelha

Assunto: Convite Informal para IbrmaGiio sobre o NACJR no ACESAL

Importância: Alta

Ex.mo Dr. Prazeres e Ex.ma Sr.ª Enf.ª Barbara Menezes,

Sou a Enfermeira Cristina Uma, do centro de Saúde de Alentejo do Sal na sequência da formação realizada em Évora, em relação aos Núcleos de Jilipolo a Criança, Jovens em Risco, sendo nossa intenção a implementação do sistema através da activação do mesmo a nível do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL) (Alentejo do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira), gostaríamos de convosco, na sequência da disponibilidade que demonstraram quando da IbrmaGiio, a estarem presentes numa reunião de trabalho com a equipa coordenadora e de suporte, organizada presentemente neste Agrupamento, a fim de uniformizarmos procedimentos, pois o V. contributo será muito enriquecedor e ao mesmo tempo motivador para a **sua**.

Após este contacto informal, procederemos ao envio do convite formal, com a data de acordo com a v. disponibilidade, com um fim Online de operacionalizarmos, implementarmos o NACJR.

Grata pela disponibilidade dispensada, sem mais de momento.

Cordiais saudações.

A Equipe coordenadora

Enf.ª Cristina Umil

Dr. A. Quintinho Grelha (Psicólogo)

Dr. Merlo Jorge Santos (Meio de Publica)

that this email message has been scanned by
Mail-Scan for the presence of malicious code, vandals & computer viruses.

APÊNDICE IV

Pedido formal à Direção Geral de Saúde para Ação de Formação sobre os NACJR no
ACESAL



Exmo. Sr. Dr. Vasco Prazeres

Chefe de Divisão de Comunicação e Promoção da
Saúde no Ciclo de Vida

Dir<>ilo-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa

Sua comunicação

60/11-SP

27-10-2011

fwma,;aono Agiruparn,•mto deCentros deSaude do Alentejo LitoraiiA<:ES,All

Ex.mo Sr. Dr. Vasco Prazeres

Na sequência da Fm-m,cao Pi''' ''' realizada em no dia 24 e 25 de Maio de 2011,pr<ce<jennos
à imr lelnelnta>ço do Sistema de de Saúde para crianças e jovens em risco através da activa>ço
dos mldeos ao nível dos Centros de bern como à constitui ao de uma equipa coordenadora e
de suporte (a <oi>o) a nível do ACESAL Foi elaborado um de formação para os profissionais
envchr dos no directo<S> sittll>95espr<hle>mlii:icas slnallza<2as.

O seu contributo para esta fm-m;actio, nlio SO a enrricltU<lceria como seria também um elemento
extremamente motivador para os pn:lissicilJais que irlo inidar a sua form'l ao.

Na sequência do contacto informal, vimos por este meio convidá-lo a estar presente na 1ª sessão
formativa, a ter no dia 10 de Novembro de na sede do Agrufl<lnl<lrlto de Centres de Saude
do Alentejo Litoral Centro de Saude de Ald!cer do Sal, de acordo com o contacto anteriormente
estabeleddo.

Grata pela atenclio dispen;ada,sem outro motivo de momento.CordlaissarJd<•>1ies.

A Equipa Coordenadora

Dr. Agostinho Grelha

Enf.Cristina Caixas

Dr. Mario Jorge Santos

APÊNDICE V

Estratégia Orçamental

Estratégia Orçamental para Execução do Projecto

Estimativa de Encargos	Custos Estimados	Observações
Material de Consumo		
Material de Economato (Papel, Consumíveis de Impressão, Materiais Formativos, etc.)	400,00	
Combustível	743,82	
Recursos Humanos (1)		
Horas de Actividade Dedicadas	1.273,73	A realizar no âmbito da actividade assistencial
Total de Encargos Estimados	2.417,55	

(1) Estimativa calculada com base em valores hora médios - vide quadro infra.

Fonte: ACESAL

Estimativa de Custos - Acções Formativas			
N.º Total de Formandos	Total de Horas Formação	Valor/Hora Médio	Encargos Indirectos c/Recursos Humanos
5 Enfermeiros Especialistas	25	6,726	168,15
5 Enfermeiros Graduados (1.º Escalão)	25	16,814	420,35
5 Médicos Medicina Geral e Familiar	25	18,675	466,88
1 Assistente Social	5	7,922	39,61
2 Técnicos de Diagnóstico Terapêutica	10	11,148	111,48
2 Psicólogos Clínicos	10	6,726	67,26
Total	100	-	1.273,73

Fonte: ACESAL

APÊNDICE VI

Acção de Formação – “Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco” – Programa e Objectivos



NACJR

Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

27 de Fevereiro de 2012

Centro de Saúde de Alcácer do Sal

Objectivos da Acção de Formação:

- Desenvolver competências para a detecção precoce de crianças e jovens em risco
- Desenvolver competências para o atendimento de crianças e jovens vítimas de maus tratos/negligência
- Estabelecer modelos de intervenção e articulação inter institucional e intersectorial
- Adquirir conhecimentos para análise e acompanhamento de situações

Destinatários:

Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Técnicos, Assistentes Operacionais

Local e Horário:

Início às 14.30h na Sala de formação do Centro de Saúde de Alcácer do Sal

Programa:

- Apresentação do Projecto
- Dimensão de determinantes do fenómeno dos maus tratos
- Indicadores e caracterização do fenómeno
- Enquadramento legal e responsabilidades da Saúde
- Articulação funcional a nível do ACESAL e procedimentos a respeitar em cada unidade:
 - Parcerias
 - Divulgação em todo o ACESAL do NACJR (Núcleo Apoio a Crianças/Jovens em Risco)

Formadores:

- Dr. Mário Jorge; Médico de Saúde Pública – Vogal do Conselho Clínico
- Dr. Agostinho Grelha; Psicólogo – Vogal do Conselho Clínico
- Dr. Toro; Médico de Saúde Pública – Unidade de Saúde Pública
- Enf. Cristina Caixas Lima; Enfermeira, Coordenadora Unidade de Cuidados na Comunidade

ANEXOS

ANEXO I

Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e
Consultas Externas Hospitalares

Ficha de Sinaliza ao para os Cuidados de Saude Primarios, Servi os de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

A, l)!)OS.DE IOENTIFICA AO DA CRIAN A/JOVEM			
Nome	Osexo Masc. OsexoFem.	Data Nasc. / /	Idade anose meses
Morada (rua, nQ e andar)		Localidade	Cod. Postal
Telefone	Telem6vel	J: Utente	
Centro de Saude	Jardim de infancia/Escola		
Medico de Familia			
Dados da Mae/Pai ou Pessoa Responsavel	Outras informa 5es de interesse		
N.Q Irmaos coabitantes:			
B., DA1?9S DA SINfllZAQ. i)lo			
Entidade Sinalizadora:			
Contactos da Entidade:		Email	
Telefone	Telem6vel	Fax	
Morad a			
Quem sinaliza:			
Contactos:			
Data de sinaliza ilo: / /			
Data do primeiro contacto com a familia na situa,ao em analise _ / _ / _			
(;II/IOTIIIO DJS!f:JALIZJ(9)p{S{.!S EI)A/CoNfiR\lIf19\0}			
Mau trato ffsico	<input type="radio"/>	Negligencia	<input type="radio"/>
Mau trato psicol6gico / emocional	<input type="radio"/>	Abandono	<input type="radio"/>
Abandono afectivo	<input type="radio"/>	Disfuncionalidade parental/familiar	<input type="radio"/>
Abuso sexual (suspeita)	<input type="radio"/>	Abuso sexual (confirmado)	<input type="radio"/>
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (familia, amigos, professores), agita<;ao psicomotora	<input type="radio"/>	Problemas comportamentais (autoagressi- vidade, idea ao suicidao, orienta ao, con- fusao, apatia, ...)	<input type="radio"/>
Comportamentos aditivos nos cuidadores (alcool, subst ncias ilfelas, jogo, ...)	<input type="radio"/>	Absentismo escolar sem justificac;ao	<input type="radio"/>
Dificuldade de aprendizagem sem defice cognitivo	<input type="radio"/>	Problema de saude grave na crian,a/fratria	<input type="radio"/>
Outros motivos:	<input type="radio"/>	Comentarios:	

Para a presente sinaliza ao solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Suspeito: ☐ Observado isolado ☒ Observado isolado ☐ Evidencia ☐ Observado reiterada

Tipo de intervencao: ☐ Ugeira ☐ Moderada ☐ Intensiva ☐ Muito Intensiva

D - INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existencia de um plano para seguimento/esclarecimento de situacoes anteriores? ☐ Sim ☐ Nao

Iniciativas actuais / Medidas ja tomadas (especifique, se possivel, as opcoes assinaladas):

- ☐ Encaminhamento para Urgencia _____
- ☐ Apoio junto de outro familiar _____
- ☐ Contacto com Psicologo _____
- ☐ Contacto com Servico Social _____
- ☐ Contacto com outras Instituicoes / Nucleos da Rede / Parceiros _____
- ☐ Contacto com Consulta de Especialidade _____
- ☐ Internamento em Servico Hospitalar _____
- ☐ Contacto como Instituto Nacional de Medicina Legal
- ☐ Contacto com CPU _____
- ☐ Contacto com Forcas de Seguranca (GNR/PSP) _____
- ☐ Accionado Artigo 910 da Lei 147/99, de 1 de Setembro, por situacao de perigo iminente;
- ☐ Outros: _____

Tecnico Responsavel pelo Plano

Data de Inicio da Implementacao do Plano: __/__/__

A familia/jovem foi informada(o) da presente sinalizacao? ☐ Sim ☐ Nao

Porque?

E - MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO?

☐ Sim, mantenho-me responsavel pelo seguimento da situacao, com acompanhamento pelo NACJR/NHAUR (se nos 30 dias subsequentes a presente sinalizacao, nao existir qualquer registo de seguimento por esta equipa/profissional, a situacao e encaminhada para o NACJR/NHAUR).

☐ Nao, pretendo a intervencao do NACJR/ NHACJR. Justifique _____

NOTA - Se estiver em presenca de uma situacao de PERIGO, o profissional de saude, perante a obrigatoriedade de actuacao urgente (artigo 91.Q da Lei n.º 147/19, de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de caso.

NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO	
<p>A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é confidencial.</p> <p>Esta Ficha destina-se a <u>intervencções</u> que visem prevenir ou abordar <u>situações de risco psicossocial, desproteção ou mau trato. Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la</u>. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:</p> <p>1. <u>Sinalização interna para o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NHACJR) da instituição onde foram observadas situações de risco, e/ou, na sua ausência, para notificar o Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem;</u></p> <p>2. <u>Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial</u></p> <p>As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a acção de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos, é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.</p>	
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	
<p>A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM</p> <p>Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para o que se solicitara a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.</p> <p>No campo "Idade", dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.</p> <p>No campo "Jardim de Infância/Escola", dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se estiverem disponíveis.</p> <p>No campo "Dados da mãe/pai ou pessoa responsável", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.</p> <p>No campo "Outras informações de interesse" poder-se-á referir a nacionalidade dos pais, telefones de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.</p> <p>B - DADOS DA SINALIZAÇÃO</p> <p>Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-á incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como gestor do processo.</p> <p>C - MOTIVO DA SINALIZAÇÃO</p> <p>Neste campo, dever-se-á indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo "Comentários" poder-se-á inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas como motivo de sinalização.</p> <p>Desta sequência da Ficha de Sinalização, também faz parte a "Lista de sinais, sintomas indicadores e factores de risco observados" que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "Tipo de Suspeição" e ao "Tipo de Intervenção". Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: LIGEIRA - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA - quando a situação implica medidas de promoção e protecção; MUITO INTENSIVA - quando a criança/jovem se encontra em perigo.</p> <p>D - AÇÕES PREVIAS REALIZADAS</p> <p>Este campo destina-se a fornecer informação acerca de possíveis acções realizadas, actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento.</p> <p>E - PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR</p> <p>Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.</p> <p>Se a resposta for "Não", haverá que solicitar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação), justificando o facto.</p>	
<p>INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO</p> <p>1) A Ficha será sempre enviada ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos, preferencialmente por correio electrónico;</p> <p>2) Quando solicitada colaboração, a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR preferencialmente por correio electrónico);</p> <p>3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.</p>	

ANEXO - Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinalar os campos que com!dere-presentes na sua observação (um ou vários).

No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.

Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/ indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

Físicos

Hemorragias conjuntivais	<input type="checkbox"/>
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes evoluções)	O
Traumatismo cranio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente	
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas	
Fratura de fêmur em criança que não iniciou marcha	
Fratura de costelas e/ou corpos vertebrais, fratura de metáfise	O
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura)	O
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo accidental	G
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, maos, chicote, n?gua...)	
Síndrome da criança abandonada (sacudida)	O
Persistência de sintomas de difícil explicação	O
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos	
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo	
Intoxicação, sobretudo se ocorrer mais de um episódio	
Síndrome de abstinência no período neonatal (tremores, dificuldades na alimentação (lo), sudorese intensa, entre outros)	
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...)	U
Aspecto mal cuidado	O
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta inadequada ...)	
Alopecia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do couro cabeludo	
Cansaço, sonolência e apatia frequentes	
Outros:	

Psicológicos/Emocionais

Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa	<input type="checkbox"/>
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	O
Perturbações do comportamento alimentar	
Perturbações do sono	J
Alterações do controle dos esfíncteres (enurese, encoprese)	
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas	
Aut mutilação	C
Comportamento ou ideias suicidas	O
Relutância em regressar a casa e/ou fuga	O
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)	O
Outros:	

Abuso Sexual

Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)	O
Infecções de transmissão sexual	D
Corrimento vaginal persistente ou recorrente	D
Presença de espermatozoides no corpo da criança/jovem	C
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem	
Laceração do hímen	
Hemorragia vaginal ou anal	
Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	
Lesões na região escrotal	O
Equimoses e/ou petequias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	
Gravidez	
Condutas erotizadas	O
Prostituição infantil	O
Outros:	

-Na Família ou Criança/Jovem	
Gravidez não planeada/mal vigiada/não vigiada (pedido de aborto, adopção, ...)	
Contraceção inadequada/ausente	
Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável	
Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável	
Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questões laborais, exiguidade habitacional, conflitos familiares, redução, outros)	
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSL)	
Carencia de higiene e aspecto descuidado dos pais	
Pais/cuidadores com comportamentos aditivos	
Falta de autoconfiança prestação de cuidados	
Pais/cuidadores com doença mental	
Pais/cuidadores apresentam dificuldades de compreensão	
Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou retirada das responsabilidades parentais e/ou outras crianças institucionalizadas	
Violência familiar ou doméstica	
Separação/divórcio e conflitos de custódia	
Dificuldade dos pais/cuidadores em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocações diversas, ...)	
Mudança sucessiva de serviços de saúde	
Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços	
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem	
Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou do causador	
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão	
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação	
Disciplina demasiado rígida e autoritária	
Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida	
Proteção excessiva da criança/jovem	
Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem	

Prática excessiva de cuidados médicos	D
Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa de Vacinação	
Expectativas realistas e/ou negativas em relação à criança/jovem	
Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem;	
Vínculo inseguro/desorganizado e/ou ausência de manifestações de afecto com a criança/jovem	
Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância	
Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem	
Outros:	

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ACTUAL																				
Quando ocorreu? —————																				
Local onde ocorreu: —————																				
Alegado(a) agressor(a) (Indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante): _____ _____																				
Outra informação relevante: _____ _____																				
Avaliação de segurança da criança/jovem se em situação de violência doméstica: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">O(s) agressor(es) estão aqui, agora?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Sim</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>A criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>A criança/jovem tem medo de ir para casa?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>A criança assiste à violência doméstica?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>Do(a) agressor(a) maltrata o criança?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>Existem armas em casa?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> </table>			O(s) agressor(es) estão aqui, agora?	Sim	Não	A criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?	Sim	Não	A criança/jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não	A criança assiste à violência doméstica?	Sim	Não	Do(a) agressor(a) maltrata o criança?	Sim	Não	Existem armas em casa?	Sim	Não
O(s) agressor(es) estão aqui, agora?	Sim	Não																		
A criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?	Sim	Não																		
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não																		
A criança assiste à violência doméstica?	Sim	Não																		
Do(a) agressor(a) maltrata o criança?	Sim	Não																		
Existem armas em casa?	Sim	Não																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Existem ameaças de homicídio?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Sim</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>Existem ameaças de suicídio?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>A violência tem aumentado em gravidade?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>Existem dependências de substâncias?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td>Já foi discutido um plano de segurança?</td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> </table>			Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não	Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não	A violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não	Existem dependências de substâncias?	Sim	Não	Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não			
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não																		
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não																		
A violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não																		
Existem dependências de substâncias?	Sim	Não																		
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não																		
Outros:																				

ANEXO II

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os
Serviços de Urgência Pediátrica/ Serviço de Urgência Básica/ Consulta de Reforço ou
outra

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica / Serviço de Urgência Básica / Consulta de Reforço ou outra

A • DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Data: _____

Hora: _____

Nacionalidade: _____

{Identificação da criança através da Instituição}

Nome da Mãe _____ Idade _____ Profissão _____

Nome do Pai _____ Idade _____ Profissão _____

Responsável pela criança/jovem {registar grau de parentesco / outra situação}: _____

_____ Contacto: _____

Criança/jovem institucionalizado?

☐ Não ☐ Sim. Identificação da Instituição _____

Acompanhante da criança/jovem

☐ Familiar {Grau de parentesco _____} ☐ Acompanhante de Instituição
☐ Outro _____

Local que frequenta durante o dia:

☐ Amarelo ☐ Creche/ Jardim de Infância / Escola _____

☐ Domicílio, ficando com _____ ☐ Outro, ficando com _____

Outras informações de interesse: _____

Motivo porque recorre ao Serviço: _____

B • MOTIVO DE REFERÊNCIA			
Identificação de uma situação de risco (suspeita ou confirmada)			
Mau trato físico	<input type="checkbox"/>	Negligência grave	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico / emocional	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Abandono afetivo	<input type="checkbox"/>	Disfuncionalidade parental/familiar	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (suspeita)	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual {confirmado}	<input type="checkbox"/>
Outros _____			
Agente(s) agressor(es) suspeito(s)		Ha quanto tempo?	Local
Tipo de Suspeita:	<input type="radio"/> Suspeita	<input type="radio"/> Observação isolada	<input type="radio"/> Observação isolada
	<input type="radio"/> Obter informação reitorada	<input type="radio"/> Evidência	<input type="radio"/> Observação reiterada
Tipo de Intervenção: <input type="radio"/> Ugeira <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Intensiva <input type="radio"/> Muito Intensiva			

Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco, observados para a presente sinaliza ao, sejam identificados no documento da pagina seguinte.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinalar "Com uma cruz" todos os campos que considere presentes na sua observação.

No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada. Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/indicadores permite, por si só, betecer diagnóstico de maus tratos

FAMÍLIARES, CRIANÇA/JOVEM		
Desajustamento psicossocial (toxicod dependência, alcoolismo, prostituição)		Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável
Antecedentes de negligência ou mau trato com outros filhos		Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável
Gravidez não desejada/mãe vigiada/não vigiada		Violência familiar ou doméstica
Família em situação económica precária sem apoio social		Ausência de manifestações de afecto com a criança/jovem
Episódios recorrentes em diferentes serviços de urgência		Outros

ABUSO SEXUAL		
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)		Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais
Presença de esperma no corpo da criança/jovem		Corrimento vaginal persistente ou recorrente
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios		Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal
Gravidez		Lesões no pênis ou região escrotal
Infecções de transmissão sexual		Laceração do hímen
		Outros

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL		
Idas à Urgência repetidas por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente		Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações interpessoais
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)		Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação
Choro incontível no primeiro ano de vida		Perturbações do comportamento alimentar
Comportamento autolesivo ou suicida		Outros

MAU TRATO FÍSICO		
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores		Demora ou ausência de procura de cuidados médicos Alterações graves do estado nutricional
Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada)		Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corrimãos, chicote, nãgua...)
Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio		Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem,...)		Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fracturas de metáfises
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes, mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo accidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte próxima das extremidades, genitais e nádegas)		Outros

NEGIIG@NCIA			
carencia de higiene (tendo em conta normas culturais,o ambiente de vida,o meio familiar}	"	Inexistência de retinas (nomeadamente, alimenta<.:\$o e cid() sono/ _ylgilia)	O
Vestw3rio desadequado em relac.;ao à esta ao do ano e lesOes consequentes de exposi Oes dimaticas adverso	E:	incumprimento do Programa-Tipo de SaUde Infantil! e Juvenil! e/ou do Programa Nacional de Vacinayao	n
Hematomas ou outras les5es inexplicada5 e acidentes frequentes por falta de supervisao de situa :.;Oes perigosa_s_	O	Doena crônica sem cuidados adequados (falta de adesao a programa de vigil5ncia e terapêutica programados)	□
Perturba Oes no desenvolvimento e nas aquisi;Oes sociais (linguagem, motricidade,socializac;ao) que nao tejam a ser devldamente acompanhadas	O	Intoxica Oes acfdentais rcpetidas	LJ
		Outros	

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ACTUAL

Haquantotempo? _____

localondeocorreu: _____

Alegado(a) agressor(a) (indicar sexu, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informao rclcv;:mte):

Outra Informao relevante:

Avalia ao de seguranta da crian /jovem: _____

O(a) agressor(a) esta aqui agora? Sim Nao

A cri nf /jo.;tern - do d (o) agressor()? Sim Nao

A ;. i vem tem edo de ir para casa? Sim Nao

As crian{as testemunham a violência? Sim N\$o

O(a) agre.;sor(a) maltrata as crlan as? Sim N5o

Existcm armas em casa? Sim Nao

Exlstem amea as de homiddio? Sim NBo

txistem ameadasuicfdio? Sim Nao

A violencia tern aumentado em gravidade? Sim Nao

Existe depcndCnci<.de subst\$hcias? Sim Nao

Jã fol dlscutido um plano de sPguran{;a? Sim Nao

Outros

Ficha de Referência e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco
<p>FINALIDADE:</p> <p>A Ficha de Referência e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco pretende agilitar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada e célere entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da assistência a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do SNS. Visa-se <u>promover a continuidade de cuidados e uma intervenção mais precoce na prevenção e/ou abordagem de situações de risco biopsicossocial, desproteção ou mau trato identificadas.</u></p> <p>Assim, <u>este</u> instrumento deve ser utilizado para referenciar e solidificar a continuidade de cuidados para as situações citadas.</p> <p><u>Qualquer profissional de saúde pode utilizá-la.</u></p> <p>Toda a informação constante na ficha é Confidencial.</p>
<p>A- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM</p> <p>Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração do N(H)ACJR.</p> <p>No campo "Dados da mãe/pai ou pessoa responsável", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á indicar o grau de parentesco, ou outro tipo de ligação à criança/jovem.</p> <p>No campo "Jardim de Infância/Escola", dever-se-á indicar o nome da escola.</p> <p>No caso de se tratar de uma situação comum a vários irmãos, não é necessária o preenchimento de uma ficha para cada um. Poder-se-ão indicar os respectivos nomes e números de utente no espaço respeitante a "Outras informações de interesse". Neste campo, poder-se-á ainda referir a nacionalidade dos pais, deficiências de comunicação dos mesmos e outras considerações relevantes:</p> <p>MOTIVO DE REFERÊNCIAÇÃO</p> <p>Neste campo dever-se-ão indicar os motivos de referência que justificam a necessidade de intervenção junto da criança/jovem e família. No campo "Outros motivos" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de referência.</p> <p>Desda sequência da Ficha, também faz parte a "Lista de sinais, sintomas, indicadores de risco observados" que se encontra neste anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "Grau de Suspeição" e ao "Tipo de Intervenção". Quanto a esta, considere: UGEIRA - quando apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA - quando a situação implica medidas de promoção e proteção; MUITO INTENSIVA - quando a criança/jovem se encontra em perigo.</p> <p>ACTUAÇÕES PREVIAS REALIZADAS</p> <p>Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações já realizadas (ou iniciadas) com a criança/jovem e família no Serviço, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram.</p> <p>De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento.</p> <p>OPÇÃO DE CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p> <p>Se a resposta for "Não", a informação será utilizada pelo NÚDEO apenas para fins estatísticos.</p> <p>Se a resposta for "Sim", haverá que solicitar a intervenção do NÚDEO (aguardando-se o seu contacto), justificando o pedido.</p> <p>E- DADOS DA REFERÊNCIAÇÃO</p> <p>Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a estabelece.</p>
<p>INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINAIS/AÇÃO E ARTICULAÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) O original da Ficha será enviado ao N(H)ACJR da área de residência da criança/jovem através de Fax, E-mail ou Correio; 2) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem; 3) Uma segunda cópia deverá ser sempre enviada ao N(H)ACJR da Instituição que efectua esta sinalização, conforme Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro do Ministério da Saúde (Diário da República, 2.ª série).

ANEXO III

Guia de Registo de Visitação Domiciliária

Registo de Visita ao Domicílio

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome	Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	Data Nasc. / /	Local
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal - - -
Telefone	Telemóvel	E-mail	Nº Utente
Medico (a) Assistente	CSIUSFIUCSP Medico(a) de Família Enfermeiro(a) de Família/Referência Outro profissional de referência		
Restante agregado familiar:			
Nome		Sexo ____ Idade ____	
Parentesco	Ocupação	Contacto	
Nome		Sexo ____ Idade ____	
Parentesco	Ocupação	Contacto	
Nome		Sexo ____ Idade ____	
Parentesco	Ocupação	Contacto	
B- CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE VIDA			
Tipo de Habitação:		N.º de pessoas	
Moradia <input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Outra			
Aspecto exterior:		Aspecto interior:	
Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/>		Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/>	
Bairro:		Ligação à rede de esgotos:	
Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Colector Público <input type="checkbox"/>	
Água canalizada:	Electricidade:	Casa de banho:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Qualidade da habitação:		Higiene em casa:	
Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/>		Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/>	
Contacto como (a) Assistente Social:			
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Agora não <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/>			
Contacto com outro Técnico e/ou Serviço Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual?			
Relação da família com a vizinhança:			
Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/>			

I: > Sgjj REA CRIANÇA/JOVEM			
Qualidade da interação com a criança/jovem Nota: Onde se lê "mae ou pai" pode também ler-se "cuidadora ou cuidador"			
Rela ao:	Mae/Filho(a)	Pai/Filho(a)	Mae/Pai
Boa	D	D	D
Razoavel	D	D	D
Ma	D	D	D
Observações: (por exemplo, indicar grau de parentesco do(a) cuidador(a) com a criança, ...)			
Alimentação da Criança/Jovem: Boa D Razoavel D Ma D		Higiene da Criança/Jovem: Boa D Razoavel D Ma D	
Sinais de alarme: Sim D Nao D Quais?		Consultas de Vigilância: Sim D Nao D (Última consulta de vigilância: Quando? Onde?	
Houve internamento: Sim D c/pais D s/pais D Nao D		Houve Urgência: Sim D Nao D	
Objectivos da visita:			
Observações:			
Visita Domiciliar realizada por: Data / / Hora			

ANEXO IV

Modelo de Relatório para Aplicação do Artigo 91º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro

Exm.Q Senhor
Procurador-Adjunto do Tribunal de Família e
Menores
ou
Sr. Procurador-Adjunto do Tribunal da Comarca

O Nucleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de (NACJR) ou o Nucleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de (NAHCJR) com assento legal no Despacho da Sr.ª Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, ou o profissional de saúde, a exercer funções na instituição, vem, por este meio, participar a V. Ex.ª os seguintes factos relativos à criança/jovem:

1. *Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar;*
2. *Descrição dos factos que originaram o recurso ao Procedimento de Urgência, reconhecendo a existência de um perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem {de acordo com as exemplos de "Situação de Perigo" mencionados no nº 2 do art.º 3.º da Lei 147/99, sempre que passível};*
3. *Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental, ou de quem tem a guarda de facto da criança/jovem, no sentido de aceitar a intervenção proposta e descrição dos factos que demonstrem oposição àquela ou a não colaborar;*
4. *Fundamentação do tornado de medida que se entende par adequada e necessária à remoção do perigo (seguindo a hierarquia do art.º 35.º da Lei 147/99) e descrição dos princípios orientadores da intervenção (art.º 4.º da mesma Lei);*
5. *Fornecimento de outros dados de que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação.*

Assim, e por que na situação supra descrita se reconheceu os requisitos legalmente exigidos para o recurso ao procedimento de urgência de acordo com os arts.º 91º e 92º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo), foi o mesmo desencadeado e assumido.

Local, data e identificação do participante (Profissional de saúde ou N(H)ACJR).

ANEXO V

Modelo de Relatório para Denúncia de Situação de Mau Trato em Criança/Jovem como
Crime Público

Exm^a Senhor
Procurador-Adjunto junto do Tribunal Judicial de

ou
Sr. Procurador-Adjunto junto do Departamento de
Investigação e Acção Penal

O Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco de (NACJR) ou o Núcleo Hospitalar de Apoio à Crianças e Jovens em Risco de (NAHCJR) com assento legal no Despacho da Sr.^a Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, vem, por este meio, participar à V. Ex.^a os seguintes factos relativos à criança/jovem:

1. *Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar;*
2. *Descrição dos factos que identificam que a situação de perigo resulta da prática de um crime;*
3. *Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental ou de quem tem a guarda de facto da criança/Jovem;*
4. *Prestação de outros dados de que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação.*

De acordo com o que resulta da conjugação do art.º 70º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo) e do art.º 242º, n.º 1, alínea b) do Código de Processo Penal, e porque tais factos podem configurar a eventual prática de um crime de natureza pública, vem esta entidade comunicá-los à V. Ex.^a para os devidos efeitos processuais penais.

Local, data e identificação do participante (N(H)AUR).

ANEXO VI

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro)

Lei n.º 147/99

de 1 de Setembro

Com as alterações impostas pela Lei n.º 311/2003 de 22 de Agosto

Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º

É aprovada a lei de **protecção de crianças e jovens em perigo**, em anexo ao presente diploma e que dele faz parte integrante.

Artigo 2.º

1 — A lei de protecção de crianças e jovens em perigo é de aplicação imediata, sem prejuízo da validade dos actos realizados na vigência da lei anterior.

2 — As disposições de natureza processual não se aplicam aos processos iniciados anteriormente à sua vigência quando da sua aplicabilidade imediata possa resultar quebra de harmonia e unidade dos vários actos do processo.

3 — Os processos tutelares pendentes na data da entrada em vigor da nova lei que não tenham por objecto a prática, por menor com idade compreendida entre os 12 e os 16 anos, de factos qualificados pela lei penal como crime são reclassificados como processos de promoção e protecção.

4 — Nos processos a que se refere o número anterior são aplicáveis unicamente as medidas de protecção previstas neste diploma, de acordo com os princípios orientadores da intervenção nele prevista.

5 — As medidas tutelares aplicadas em processos pendentes são revistas em conformidade com o disposto no artigo 62.º da lei de protecção de crianças e jovens em perigo.

6 — Os processos pendentes nas comissões de protecção de menores transitam e continuam a correr termos nas comissões de protecção de crianças e jovens nos termos previstos na lei de protecção de crianças e jovens em perigo.

7 — Os processos pendentes nos tribunais de menores ou nos tribunais de competência especializada mista de família e menores que, em virtude do disposto no artigo 79.º da lei de protecção de crianças e jovens em perigo, deixarem de ser competentes são remetidos ao tribunal que for territorialmente competente nos termos deste diploma e das leis de organização e funcionamento dos tribunais judiciais.

Artigo 3.º

1 — As actuais comissões de protecção de menores serão reorganizadas e passarão a funcionar de acordo com o disposto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, adoptando a designação de comissões de protecção de crianças e jovens.

2 — Compete à Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, conjuntamente com as entidades e serviços nela representados, tomar as providências necessárias à reorganização das comissões de protecção de menores.

3 — As comissões de protecção de menores são reorganizadas por portaria conjunta dos Ministros da Justiça do Trabalho e da Solidariedade.

4 — As comissões de protecção de crianças e jovens que sucederem às comissões de protecção de menores, nos termos dos números anteriores, são declaradas instaladas por portaria conjunta dos Ministros da Justiça do Trabalho e da Solidariedade.

5 — As comissões de protecção que vierem a ser criadas e instaladas até à data em vigor da lei de protecção de crianças e jovens em perigo são constituídas e passam a funcionar nos termos do disposto neste diploma.

6 — Podem ser criadas e instaladas comissões de protecção de crianças e jovens nas áreas de competência territorial das comissões referidas no n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio, nos termos do disposto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, ficando a competência destas limitada às áreas não abrangidas pelas **novas comissões.**

7 — Até à data de entrada em vigor da lei de protecção de crianças e jovens em perigo, as comissões a que se referem os n.ºs 4, 5 e 6 exercem as competências previstas no Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio.

8 — As comissões de protecção de menores actualmente existentes que não forem reorganizadas até à data de entrada em vigor da lei de protecção de crianças e jovens consideram-se extintas nessa data, sendo os processos pendentes remetidos ao Ministério Público junto do tribunal da respectiva comarca.

Artigo 4.º

1 — São revogados o Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio, e as normas do Decreto-Lei n.º 314/78, de 27 de Outubro, e de demais legislações relativas às matérias abrangidas pelo presente diploma.

2 — Mantém-se em vigor o Decreto-Lei n.º 98/98, de 18 de Abril, que cria e regulamenta a Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco.

Artigo 5.º

O Governo adoptará as providências regulamentares necessárias à aplicação do presente diploma.

Artigo 6.º

Sem prejuízo do disposto no artigo 3.º, a lei de protecção de crianças e jovens em perigo, bem como os artigos 2.º e 4.º do presente diploma, entram em vigor conjuntamente com a lei tutelar educativa.

Aprovada em 1 de Julho de 1999. O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.
Promulgada em 13 de Agosto de 1999. Publique-se. O Presidente da República, *JORGE SAMPAIO*.
Referendada em 18 de Agosto de 1999. o Primeiro-Ministro, *Antonio Manuel de Oliveira Guterres*.

Lei de protecção das crianças e jovens em perigo

CAPÍTULO I Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma tem por objecto a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

Artigo 2.º

Ambito

O presente diploma aplica-se as crianças e jovens em perigo que residam ou se encontrem em território nacional.

Artigo 3.º

Legitimidade da intervenção

1 — A intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

2 — Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a alimentação adequados a sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados a sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;

Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Artigo 4.º

Princípios orientadores da intervenção

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo obedece aos seguintes princípios:

- a) Interesse superior da criança e do jovem — a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;
- b) Privacidade — a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem deve ser efectuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;
- c) Intervenção precoce — a intervenção deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida;
- d) Intervenção mínima — a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja acção seja indispensável à efectiva promoção dos direitos e à protecção da criança e do jovem em perigo;
- e) Proporcionalidade e actualidade — a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo em que a criança ou o jovem se encontram no momento em que a decisão é tomada e só pode interterir na sua vida e na da sua família na medida do que for estritamente necessária a essa finalidade;
- f) Responsabilidade parental — a intervenção deve ser efectuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;
- g) Prevalência da família — na promoção de direitos e na protecção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adopção;
- h) Obrigatoriedade da informação — a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

Audição obrigatória e participação — a criança e o jovem, em separado ou na companhia dos pais ou de pessoa por si escolhida, bem como os pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, têm direito a ser ouvidos e a participar nos actos e na deliberação da medida de promoção dos direitos e de protecção;

j) Subsidiariedade — a intervenção deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

Artigo 5.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:

- a) Criança ou jovem — a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos;
- b) Guarda de facto — a relação que se estabelece entre a criança ou o jovem e a pessoa que com ela vem assumindo, continuamente, as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais;

- c) Situação de urgência — a situação de perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;
- d) Entidades — as pessoas singulares ou colectivas públicas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem actividades nas áreas da infância e juventude, tem legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na protecção da criança e do jovem em perigo;
- e) Medida de promoção dos direitos e de protecção — a providência adoptada pelas comissões de protecção de crianças e jovens ou pelos tribunais, nos termos do presente diploma, para proteger a criança e o jovem em perigo;
- Acordo de promoção e protecção — compromisso reduzido a escrito entre as comissões de protecção de crianças e jovens ou o tribunal e os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto e, ainda, a criança e o jovem com mais de 12 anos, pelo qual se estabelece um plano contendo medidas de promoção de direitos e de protecção.

CAPÍTULO II

Intervenção para promoção dos direitos e de protecção da criança e do jovem em perigo

SECÇÃO I

Modalidades de intervenção

Artigo 6.º

Disposições gerais

A promoção dos direitos e a protecção da criança e do jovem em perigo incumbe às entidades com competência em matéria de infância e juventude, as comissões de protecção de crianças e jovens e aos tribunais.

Artigo 7.º

Intervenção de entidades com competência em matéria de infância e juventude

A intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude é efectuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, consoante o caso, de acordo com os princípios e nos termos do presente diploma.

Artigo 8.º

Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens

A intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens tem lugar quando não seja possível as entidades referidas no artigo anterior actuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram.

Artigo 9.º

Consentimento

A intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens depende do consentimento expresso dos seus pais, do representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto, consoante o caso.

Artigo 10.º

Não oposição da criança e do jovem

1 — A intervenção das entidades referidas nos artigos 7.º e 8.º depende da não oposição da criança ou do jovem com idade igual ou superior a 12 anos.

2 — A oposição da criança com idade inferior a 12 anos é considerada relevante de acordo com a sua capacidade para compreender o sentido da intervenção.

Artigo 11.º

Intervenção judicial

A intervenção judicial tem lugar quando:

- Não esteja instalada comissão de protecção de crianças e jovens com competência no município ou na freguesia da respectiva área da residência ou a comissão não tenha competência, nos termos da lei, para aplicar a medida de promoção e protecção adequada;
- Não seja prestado ou seja retirado o consentimento necessária à intervenção da comissão de protecção ou quando o acordo de promoção de direitos e de protecção seja reiteradamente não cumprido;
- A criança ou o jovem se oponham à intervenção da comissão de protecção, nos termos do artigo 10.º;
- A comissão de protecção não obtenha a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considere adequada, nomeadamente por oposição de um serviço ou entidade;
- Decorridos seis meses após o conhecimento da situação pela comissão de protecção não tenha sido proferida qualquer decisão;

O Ministério Público considere que a decisão da comissão de protecção é ilegal ou inadequada à promoção dos direitos ou a protecção da criança ou do jovem;

- O tribunal decida a apensação do processo da comissão de protecção ao processo judicial, nos termos do n.º 2 do artigo 81.º

SECÇÃO II

Comissões de protecção de crianças e jovens

SUBSECÇÃO I
Disposições gerais

Artigo 12.º
Natureza

1 — As comissões de protecção de crianças e jovens, adiante designadas comissões de protecção, são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pior termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

2 — As comissões de protecção exercem as suas atribuições em conformidade com a lei e deliberam com imparcialidade e independência.

3 — As comissões de protecção são declaradas instaladas por portaria conjunta do Ministro da Justiça e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade.

Artigo 13.º
Colaboração

1 — As autoridades administrativas e entidades policiais têm o dever de colaborar com as comissões de protecção no exercício das suas atribuições.

2 — O dever de colaboração incumbe igualmente as pessoas singulares e colectivas que para tal sejam solicitadas.

Artigo 14.º
Apoio logístico

1 — As instalações e os meios materiais de apoio, nomeadamente um fundo de manuseio, necessários ao funcionamento das comissões de protecção são assegurados pelo município, podendo, para o efeito, ser celebrados protocolos de cooperação com os serviços do Estado representados na Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

2 — O fundo de manuseio destina-se a suportar despesas ocasionais e de pequeno montante resultantes da actividade das comissões de protecção junto das crianças e jovens, suas famílias ou pessoas que têm a sua guarda de facto.

SUBSECÇÃO II
Competências, composição e funcionamento

Artigo 15.º
Competência territorial

1 — As comissões de protecção exercem a sua competência na área do município onde têm sede.

2 — Nos municípios com maior número de habitantes, podem ser criadas, quando se justifique, mais de uma comissão de protecção, com competências numa ou mais freguesias, nos termos a definir na portaria de instalação.

Artigo 16.º
Modalidades de funcionamento da comissão de protecção

A comissão de protecção funciona em modalidade alargada ou restrita, doravante designadas, respectivamente, de comissão alargada e de comissão restrita.

Artigo 17.º
Composição da comissão alargada

A comissão alargada é composta por:

a) Um representante do município, a indicar pela câmara municipal, ou das freguesias, a indicar por estas, no caso previsto no n.º 2 do artigo 15.º, de entre pessoas com especial interesse ou aptidão na área das crianças e jovens em perigo;

b) Um representante da segurança social, de preferência designado de entre técnicos com formação em serviço social, psicologia ou direito;

c) Um representante dos serviços do Ministério da Educação, de preferência professor com especial interesse e conhecimentos na área das crianças e dos jovens em perigo;

d) Um médico, em representação dos serviços de saúde;

e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de protecção, actividades de carácter não institucional, em meio natural de vida, destinadas a crianças e jovens;

Um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de protecção, actividades em regime de colocação institucional de crianças e jovens;

g) Um representante das associações de pais existentes na área de competência da comissão de protecção;

h) Um representante das associações ou outras organizações privadas que desenvolvam, na área de competência da comissão de protecção, actividades desportivas, culturais ou recreativas destinadas a crianças e jovens;

Um representante das associações de jovens existentes na área de competência da comissão de protecção ou um representante dos serviços de juventude;

j) Um ou dois representantes das forças de segurança, conforme na área de competência territorial da comissão de protecção existam apenas a Guarda Nacional Republicana ou a Polícia de Segurança Pública, ou ambas;

Quatro pessoas designadas pela assembleia municipal, ou pela assembleia de freguesia, nos casos previstos no n.º 2 do artigo 15.º, de entre cidadãos eleitores preferencialmente com especiais conhecimentos ou capacidades para intervir na área das crianças e jovens em perigo;

m) Os técnicos que venham a ser cooptados pela comissão, com formação, designadamente, em serviço social, psicologia, saúde ou direito, ou cidadãos com especial interesse pelos problemas da infância e juventude.

Artigo 18.º

Competência da comissão alargada

1 — A comissão alargada compete desenvolver acções de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem.

2 — São competências da comissão alargada:

a) Informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-la para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;

b) Promover acções e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a detecção dos lactos e situações que, na área da sua competência territorial, afectem os direitos e interesses da criança e do jovem, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostrem desfavoráveis ao seu desenvolvimento e inserção social;

c) Informar e colaborar com as entidades competentes no levantamento das carencias e na identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção dos direitos, do bem-estar e do desenvolvimento integral da criança e do jovem;

d) Colaborar com as entidades competentes no estudo e elaboração de projectos inovadores no domínio da prevenção primária dos factores de risco e no apoio às crianças e jovens em perigo;

e) Colaborar com as entidades competentes na constituição e funcionamento de uma rede de acolhimento de crianças e jovens, bem como na formulação de outras respostas sociais adequadas;

Dinamizar e dar parecer sobre programas destinados às crianças e aos jovens em perigo;

g) Analisar a informação semestral relativa aos processos iniciados e ao andamento dos pendentes na comissão restrita;

h) Aprovar o relatório anual de actividades e avaliá-lo elaborado pelo presidente e enviá-lo à Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, à assembleia municipal e ao Ministério Público.

Artigo 19.º

Funcionamento da comissão alargada

1 — A comissão alargada funciona em plenário ou por grupos de trabalho para assuntos específicos.

2 — O plenário da comissão reúne com a periodicidade exigida pelo cumprimento das suas funções, no mínimo de dois em dois meses.

Artigo 20.º

Composição da comissão restrita

1 — A comissão restrita é composta sempre por um número ímpar, nunca inferior a cinco dos membros que integram a comissão alargada.

2 — São, por inerência, membros da comissão restrita o presidente da comissão de protecção e os representantes do município ou das freguesias, no caso previsto no n.º 2 do artigo 15.º, e da segurança social, quando não exerçam a presidência.

3 — Os restantes membros são designados pela comissão alargada, devendo a designação de, pelo menos, um deles ser feita de entre os representantes de instituições particulares de solidariedade social ou de organizações não governamentais.

4 — Os membros da comissão restrita devem ser escolhidos de forma que esta tenha uma composição interdisciplinar e interinstitucional, incluindo, sempre que possível, pessoas com formação nas áreas de serviço social, psicologia e direito, educação e saúde.

5 — Não sendo possível obter a composição nos termos do número anterior, a designação dos membros afé referidos é feita por cooptação, nomeadamente de entre os técnicos a que se refere a alínea m) do artigo 17.º

Artigo 21.º

Competência da comissão restrita

1 — A comissão restrita compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo.

2 — Compete designadamente à comissão restrita:

a) Atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de protecção;

b) Apreciar liminarmente as situações de que a comissão de protecção tenha conhecimento, decidindo o arquivamento imediato do caso quando se verifique manifesta desnecessidade de intervenção ou a abertura de processo de promoção de direitos e de protecção;

c) Proceder à instrução dos processos;

d) Solicitar a participação dos membros da comissão alargada nos processos referidos na alínea anterior, sempre que se mostre necessária;

e) Solicitar parecer e colaboração de técnicos ou de outras pessoas e entidades públicas ou privadas;

Decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas de promoção e protecção, com excepção da medida de colocação a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção;

g) Informar semestralmente a comissão alargada, sem identificação das pessoas envolvidas, sobre os processos iniciados e o andamento dos processos pendentes.

Artigo 22.º

Funcionamento da comissão restrita

1 — A comissão restrita funciona em permanência.

2 — O plenário da comissão restrita reúne sempre que convocado pelo presidente, no mínimo com periodicidade quinzenal, e distribui entre os seus membros as diligências a efectuar nos processos de promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em perigo.

3 — Os membros da comissão restrita exercem funções em regime de tempo completo ou de tempo parcial, a definir na respectiva portaria de instalação.

4 — A comissão restrita funcionará sempre que se verifique situação qualificada de emergência que o justifique.

Artigo 23.º

Presidência da comissão de protecção

1 — O presidente da comissão de protecção é eleito pelo plenário da comissão alargada de entre todos os seus membros.

2 — O presidente designa um membro da comissão para desempenhar as funções de secretário.

3 — O secretário substitui o presidente nos seus impedimentos.

Artigo 24.º

Competências do presidente

Compete ao presidente:

a) Representar a comissão de protecção;

b) Presidir às reuniões da comissão alargada e da comissão restrita e orientar e coordenar as suas actividades;

c) Promover a execução das deliberações da comissão de protecção;

d) Elaborar o relatório anual de actividades e avaliá-lo e submetê-lo à aprovação da comissão alargada;

e) Autorizar a consulta dos processos de promoção dos direitos e de protecção;

Proceder às comunicações previstas na lei.

Artigo 25.º

Estatuto dos membros da comissão de protecção

1 — Os membros da comissão de protecção representam e obrigam os serviços e as entidades que os designam.

2 — As funções dos membros da comissão de protecção, no âmbito da competência desta, têm carácter prioritário relativamente às que exercem nos respectivos serviços.

Artigo 26.º

Duração do mandato

1 — Os membros da comissão de protecção são designados por um período de dois anos, renovável.

2 — O exercício de funções na comissão de protecção não pode prolongar-se por mais de seis anos consecutivos.

Artigo 27.º

Deliberações

1 — As comissões de protecção, alargada e restrita, deliberam por maioria de votos, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — Para deliberar validamente é necessária a presença do presidente ou do seu substituto e da maioria dos membros da comissão de protecção.

Artigo 28.º

Vinculação das deliberações

1 — As deliberações da comissão de protecção são vinculativas e de execução obrigatória para os serviços e entidades nela representados, salvo oposição devidamente fundamentada.

2 — A comissão de protecção comunica ao Ministério Público as situações em que um serviço ou entidade se oponha à execução das suas deliberações.

Artigo 29.º

Actas

1 — As reuniões da comissão de protecção são registadas em acta.

2 — A acta contém a identificação dos membros presentes e indica se as deliberações foram tomadas por maioria ou por unanimidade.

SUBSECÇÃO III

Acompanhamento, apoio e avaliação

Artigo 30.º

Acompanhamento, apoio e avaliação

As comissões de protecção são acompanhadas, apoiadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, adiante designada por Comissão Nacional.

Artigo 31.º

Acompanhamento e apoio

O acompanhamento e apoio da Comissão Nacional consiste, nomeadamente, em:

- a) Proporcionar formagao e informagao adequadas no dominio da promogao dos direitos e da protecçao das criangas e jovens em perigo;
- b) Formular orientag6es e emitir directivas genericas relativamente ao exercfcio das competencias das comiss6es de protec tao;
- c) Apreciar e promover as respostas as solicitag6es que lhe sejam apresentadas pelas comiss6es de protec tao sobre quest6es surgidas no exercfcio das suas competencias;
- d) Promover e dinamizar as respostas e os programas adequados ao desempenho das competencias das comiss6es de protecçao;
- e) Promover e dinamizar a celebraçao dos protocolos de cooperagao entre as entidades referidas na alinea d) do artigo 5.o e as comiss6es de protecçao necessaries ao exercicio das suas competencias.

Artigo 32.o

Avaliaçao

1 — As comiss6es de protecçao elaboram anualmente urn relat6rio de actividades, com identificayao da situagao e dos problemas existentes no municfpio em materia de promoyao dos direitos e protecçao das criangas e jovens em perigo, incluindo dados estatfsticos e informag6es que permitam conhecer a natureza dos casos apreciados e as medidas aplicadas e avaliar as dificuldades e a eficacia da intervengao.

2 — O relat6rio e remetido a Comissao Nacional, a assembleia municipal e ao Ministerio POblico, ate 31 de Janeiro do ano seguinte aquele a que respeita.

3 — O relat6rio relativo ao ano em que se inicia a actividade da comissao de protecçao e apresentado no prazo previsto no nOmero anterior.

4 — As comiss6es de protecçao fonecem a Comissao Nacional os dados estatfsticos e as informac;Oes que lhe sejam solicitados.

5 — A Comissao Nacional promovera a realizagao anual de urn encontro de avaliagao das comiss6es de protecçao.

Artigo 33.o

Auditoria e inspecc;ao

As comiss6es de protecçao sao objecto de auditorias e de inspecçao sempre que a Comissao Nacional o entenda necessario ou a requerimento do Ministerio Publico.

CAPITULO III

Medidas de promoc;ao dos direitos e de protecçao

SECçAO I

Das medidas

Artigo 34.o

Finalidade

As medidas de promogao dos direitos e de protecçao das criangas e dos jovens em perigo, adiante designadas por medidas de promoc;ao e protecçao, visam:

- a) Afastar o perigo em que estes se encontram;
- b) Proporcionar-lhes as condic;6es que permitam proteger e promover a sua seguranga, saOde, formagao, educagao, bem-estar e desenvolvimento integral;
- c) Garantir a recuperagao ffsica e psicol6gica das criangas e jovens vitimas de qualquer forma de exploragao ou abuso.

Artigo 35.o

Medidas

1 — As medidas de promoyao e protecçao sao as seguintes:

- a) Apoio junto dos pais;
 - b) Apoio junto de outro familiar;
 - c) Confianga a pessoa id6nea;
 - d) Apoio para a autonomia de vida;
 - e) Acolhimento familiar;
 - f) Acolhimento em instituigao.
 - g) Confianga a pessoa seleccionada para a adopç;ao ou a instituigao com vista a futura adopçao.
- 2** — As medidas de promogao e de protecçao sao executadas no meio natural de vida ou em regime de colocac;ao, consoante a sua natureza, e podem ser decididas a ttulo provis6rio.
- 3** — Consideram-se medidas a executar no meio natural de vida as previstas nas alneas a), b), c) e d) do n.o 1 e medidas de colocac;ao as previstas nas alneas e) e f); a medida prevista na alinea g) e considerada a executar no meio natural de vida no primeiro caso e de colocagao no segundo.
- 4** — O regime de execuçao das medidas consta de legislagao propria.

Artigo 36.o

Acordo

As medidas aplicadas pelas comissoes de protecçao ou em processo judicial, por decisao negociada, integram urn acordo de promogao e protecçao.

Artigo 37.o

Medidas provisórias

As medidas provisórias são aplicáveis nas situações de emergência ou enquanto se precede ao diagnóstico da situação da criança e à definição do seu encaminhamento subsequente, não podendo a sua duração prolongar-se por mais de seis meses.

Artigo 38.o

Competência para aplicação das medidas

A aplicação das medidas de promoção dos direitos e de protecção e da competência exclusiva das comissões de protecção e dos tribunais; a aplicação da medida prevista na alínea g) do n.o 1 do artigo 35.o e da competência exclusiva dos tribunais.

Artigo 38.o-A

Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção

A medida de confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção, aplicável quando se verifique alguma das situações previstas no artigo 1978.o do Código Civil, consiste:

- a) Na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de candidato seleccionado para a adopção pelo competente organismo de segurança social;
- b) Ou na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de instituição com vista a futura adopção.

SECÇÃO II

Medidas no meio natural de vida

Artigo 39.o

Apoio junto dos pais

A medida de apoio junto dos pais consiste em proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessária, ajuda económica.

Artigo 40.o

Apoio junto de outro familiar

A medida de apoio junto de outro familiar consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de um familiar com quem reside ou a quem seja entregue, acompanhada de apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessária, ajuda económica.

Artigo 41.o

Educacão parental

1 - Quando sejam aplicadas as medidas previstas nos artigos 39.o e 40.o, os pais ou os familiares a quem a criança ou o jovem sejam entregues podem beneficiar de um programa de formação visando o melhor exercício das funções parentais.

2 - O conteúdo e a duração dos programas de educação parental são objecto de regulamento.

Artigo 42.o

Apoio à família

As medidas de apoio previstas nos artigos 39.o e 40.o podem abranger o agregado familiar da criança e do jovem.

Artigo 43.o

Confiança a pessoa idónea

A medida de confiança a pessoa idónea consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de uma pessoa que, não pertencendo à sua família, com eles tenha estabelecido relação de afectividade recíproca.

Artigo 44.o

Revogado

Artigo 45.o

Apoio para a autonomia de vida

1 — A medida de apoio para a autonomia de vida consiste em proporcionar directamente ao jovem com idade superior a 15 anos apoio económico e acompanhamento psicopedagógico e social, nomeadamente através do acesso a programas de formação, visando proporcionar-lhe condições que o habilitem e lhe permitam viver por si só e adquirir progressivamente autonomia de vida.

2 — A medida referida no número anterior pode ser aplicada a mães com idade inferior a 15 anos, quando se verifique que a situação aconselha a aplicação desta medida.

SECÇÃO III

Medidas de colocação

SUBSECÇÃO I

Acolhimento familiar

Artigo 46.o

Definição

1 — O acolhimento familiar consiste na atribuição da criança ou do jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito, visando a sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e a educação necessária ao seu desenvolvimento integral.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se que constituem uma família duas pessoas casadas entre si ou que vivam uma com a outra há mais de dois anos em união de facto ou parentes que vivam em comunhão de mesa e habitação.

Artigo 47.o

Tipos de famílias de acolhimento

1 — Podem constituir-se famílias de acolhimento em lar familiar ou em lar profissional.

2 — A família de acolhimento em lar familiar é constituída por pessoas que se encontrem nas situações previstas no n.º 2 do artigo anterior.

3 — A família de acolhimento em lar profissional é constituída por uma ou mais pessoas com formação técnica adequada.

Artigo 48.o

Modalidades de acolhimento familiar

1 — O acolhimento familiar é de curta duração ou prolongado.

2 — O acolhimento de curta duração tem lugar quando seja previsível o retorno da criança ou do jovem à família natural em prazo não superior a seis meses.

3 — O acolhimento prolongado tem lugar nos casos em que, sendo previsível o retorno à família natural, circunstâncias relativas à criança ou ao jovem exijam um acolhimento de maior duração.

SUBSECÇÃO II

Acolhimento em instituição

Artigo 49.o

Noção de acolhimento em instituição

A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Artigo 50.o

Modalidades de acolhimento em instituição

1 — O acolhimento em instituição pode ser de curta duração ou prolongado.

2 — O acolhimento de curta duração tem lugar em casa de acolhimento temporário por prazo não superior a seis meses.

3 — O prazo referido no número anterior pode ser excedido quando, por razões justificadas, seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da respectiva situação e a definição do encaminhamento subsequente.

4 — O acolhimento prolongado tem lugar em lar de infância e juventude e destina-se à criança ou ao jovem quando as circunstâncias do caso aconselhem um acolhimento de duração superior a seis meses.

Artigo 51.o

Lares de infância e juventude

1 — Os lares de infância e juventude podem ser especializados ou ter valências especializadas.

2 — Os lares de infância ou juventude devem ser organizados segundo modelos educativos adequados às crianças e jovens neles acolhidos.

SECÇÃO IV

Das instituições de acolhimento

Artigo 52.o

Natureza das instituições de acolhimento

As instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas com acordo de cooperação com o Estado.

Artigo 53.o

Funcionamento das instituições de acolhimento

1 — As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas em unidades que favoreçam uma relação afectiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade.

2 — Para efeitos do número anterior, o regime aberto implica a livre entrada e saída da criança e do jovem da instituição, de acordo com as normas gerais de funcionamento, tendo apenas como limites os resultantes das suas necessidades educativas e da protecção dos seus direitos e interesses.

3 — Os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto podem visitar a criança ou o jovem, de acordo com os horários e as regras de funcionamento da instituição, salvo decisão judicial em contrário.

Artigo 54.o

Equipa tecnica

- 1 — **As** instituicoes de acolhimento dispoem necessariamente de uma equipa tecnica, a quem cabe o diagn6stico da situagao da crianga ou do jovem acolhidos e a definigao e execugao do seu projecto de promogao e protecagao.
- 2 — A equipa tecnica deve ter uma constituigao pluridisciplinar, integrando as vah'ncias de psioologia, servigo sociale educagii.o.
- 3 — A equipa tecnica deve ainda dispcr da colabora<;ao de pessoas com tormagao na area de medioina, direito, enfermagem e, no caso dos lares de infi'mcia e juventude, da organizagao de tempos llvres.

SECQAOV

Acordo de promogao e protec'(iio e execugao das medidas

Artigo 55.o

Acordo de promogao e protecgiio

- 1 — O acordo de promogao e protecagao inclui obrigatoriamente:
 - a) A identificagilo do membra da comissao de protecagao ou do tecnico a quem cabe o acompanhamento do caso;
 - b) O prazo por que e estabelecido e em que deve ser revisto;
 - c) As declaragoes de consentimento ou de nao opsigii.o necessarias.
- 2 — Nao pcdem ser estabelecidas clausulas que imponham obrigaQ6es abusivas ou que intmduzam limitayies ao luncionamento da vida familiar para alem das necessarias a alastar a situagiio concreta de perigo.

Artigo 56.o

Acordo de promo ao e protec'iiO relativo a medidas em meio natural de vida

- 1 — No acordo de promogao e de protecagao em que se estabeleyam medidas a executar no meio natural de vida devem constar nomeadamente as clausulas seguintes:
 - a) Os cuidados de alimentagao, higiene, saude e conlorto a prestar a crtanya ou ao jovem palos pais ou pelas pessoas a quem sejam confiados;
 - b) A identificagao do responsavel pela crianga ou pelo jovem durante o tempo em que nao pcssa ou nao deva estar na companhia ou sob a vigilancia dos pais ou das pessoas a quem estejam confiados, par razoes laborais ou outras consideradas relevantes;
 - c) O plano de escolaridade, fonmagao profissional, trabalho e ocupagao dos tempos livres;
 - d) O plano de cuidados de saude, incluindo consultas medicas e de orientagao psicopedag6gica, bern como o dever de cumprimento das directivas e orientagoes lixadas;
 - e) O apoio econ6mico a prestar, sua modalidade, duragii.o e entidade responsavel pela atribuigii.o, bern como os **pressupostos da concessao**.
- 2 — Nos casas previstos na alinea e) do n.o 2 do artigo 3.o, se o perigo resultar de comportamentos adoptados em raziio de alcoolismo, toxicodependencia ou doen<;a psiquiatrica dos pais ou das pessoas a quem a crianya ou o jovem esteja conliado, o acordo inclul ainda a mengii.o de que a permanllncia da crtanya na companhia destas pessoas e condicionada a sua submissao a tratamento e ao estabelecimento de compromisso nesse sentido.
- 3 — Quando a intervengao seja determinada pela situagao prevista na alfnado n.o 2 do artigo 3.o, podem ainda constar do acordo directivas e obrigaQ5es fixadas a crianga ou ao jovem relativamente a meios ou locais que nao deva frequentar, pessoas que nao deva acompanhar, substancias ou produtos que nao deva consumir e condiiyies e horarios dos tempos de lazer.

Artigo 57.o

Acordo de promo ao e protec'(ao relativo a medidas de coloca.ao

- 1 — No acordo de promogao e protecagao em que se estabeleyam medidas de colocagao devem ainda constar, com as devidas adeptagaes, para alem das clausulas enumeradas nos artigos anterlores:
 - a) A modalidade do acolhimento e o tipo de lamflia ou de lar em que o acolhimento tera lugar;
 - b) Os direitos e os deveres dos intervenientes, nomeadamente a periodicidade das visitas par parte da familia ou das pessoas com quem a crianga ou o jovem tenha especial liga<;ao afectiva, os perfodos de visita a lamflia, quando isso seja do seu interesse, e o montante da prestagao correspondente aos gastos com o sustento, educagao e saude da crianga ou do jovem e a identificagao dos responsaveis pelo pagamento;
 - c) A periodicidade e o conteudo da inlormagao a prestar as entidades administrativas e as autoridades judiciarias, bern como a identifica{ii.O da pessoa ou da entidade que a deve prestar.
- 2 — A inlormagilo a que se refere a alinea c) do numero anterior deve canter os elementos necessaries para avaliar o desenvolvimento da personalidade, o aproveitamento escolar, a progressao em outras aprendizagens, a adequagao da medida aplicada e a possibilidade de regresso da crianya ou do jovem a familia.

Artlgo 58.o

Direitos da crianga e do jovem em acolhimento

- A crtanya e o jovem acolhidos em instituigii.o tam, em especial, os seguintes direitos:
- a) Manter regularmente, e em condiiyies de privacidade, contactos pessoais com a familia e com pessoas com quem tenham especial relagao alectiva, sem prejufzo das limitagoes impcstas per decisao judicial ou pela comissao de protecgiio;
 - b) Receber uma educagii.o que garanta o desenvolvimento integral da sua personalidade e potencialidades, sendo-lhes asseguradas a prestagao dos cuidados de saUde, tormagao escolar e prolissionale a participagao em actividades culturais, desportivas e recreativas;
 - c) Usulruir de um espago de privacidade e de um grau de autonomia na condugao da sua vida pessoal

adequados à sua idade e situação;
rf) Receber dinheiro de bolso;
e) A inviolabilidade da correspondência;
Não ser transferidos da instituição, salvo quando essa decisão corresponder ao seu interesse;
g) Contactar, com garantia de confidencialidade, a comissão de proteção, o Ministério Público, o juiz e o seu advogado.
Os direitos referidos no número anterior constam necessariamente do regulamento interno das instituições de acolhimento.

Artigo 59.º

Acompanhamento da execução das medidas

- 1 As comissões de proteção executam as medidas nos termos do acordo de promoção e proteção.
- 2 A execução da medida aplicada em processo judicial é dirigida e controlada pelo tribunal que a aplicou.
- 3 Para efeitos do disposto no número anterior, o tribunal designa a entidade que considere mais adequada para o acompanhamento da execução da medida.
- 4 No caso previsto no n.º 3 do artigo 50.º, a situação é obrigatoriamente reexaminada de três em três meses.

SECCA OVI

Duração, revisão e cessação das medidas

Artigo 60.º

Duração das medidas no meio natural de vida

- 1 Sem prejuízo do disposto no n.º 2, as medidas previstas nas alíneas a), b), c) e rf) do artigo 35.º têm a duração estabelecida no acordo ou na decisão judicial.
- 2 — As medidas referidas no número anterior não poderão ter duração superior a um ano, podendo, todavia, ser prorrogadas até 18 meses se o interesse da criança ou do jovem o aconselhar e, no caso das medidas previstas nas alíneas b) e c), desde que se mantenham os consentimentos e os acordos legalmente exigidos.

Artigo 61.º

Duração das medidas de colocação

As medidas previstas nas alíneas e) e do artigo 35.º têm a duração estabelecida no acordo ou na decisão judicial.

Artigo 62.º

Revisão das medidas

- 1 — A medida aplicada é obrigatoriamente revista findo o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial, e, em qualquer caso, decorridos períodos nunca superiores a seis meses.
- 2 — A revisão da medida pode ter lugar antes de decorrido o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial, oficiosamente ou a pedido das pessoas referidas nos artigos 8.º e 10.º, desde que ocorram factos que a justifiquem.
- 3 A decisão de revisão pode determinar:
 - a) A cessação da medida;
 - b) A substituição da medida por outra mais adequada;
 - c) A continuação ou a prorrogação da execução da medida;
 - d) A verificação das condições de execução da medida;
 - e) Revogada
- 4 É decidida a cessação da medida sempre que a sua continuação se mostre desnecessária.
- 5 — As decisões tomadas na revisão constituem parte integrante dos acordos de promoção e proteção ou da decisão judicial.
- 6 As medidas provisórias são obrigatoriamente revistas no prazo máximo de seis meses após a sua aplicação.

Artigo 62.º-A

Medida de confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção

- 1 A medida de confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção dura até ser decretada a adopção e não está sujeita a revisão.
- 2 — É aplicável o artigo 167.º da Organização Tutelar de Menores e não há lugar a visitas por parte da família natural.
- 3 Até ser instaurado o processo de adopção, o tribunal solicita, de seis em seis meses, informação ao organismo de segurança social sobre os procedimentos em curso com vista à adopção.

Artigo 63.º

Cessação das medidas

- 1 As medidas cessam quando:
 - a) Decorra o respectivo prazo de duração ou eventual prorrogação;
 - b) A decisão de revisão lhes ponha termo;
 - c) Seja decretada a adopção, nos casos previstos no artigo 62.º-A;
 - rf) O jovem atinja a maioridade ou, nos casos em que tenha solicitado a continuação da medida para além da maioridade, complete 21 anos;
 - e) Seja proferida decisão em procedimento civil que assegure o alastramento da criança ou do jovem da situação

de perigo.

2 — Após a cessação da medida aplicada em comissão de protecção, a criança, o jovem e a sua família poderão continuar a ser apoiados pela comissão, nos termos e pelo período que forem acordados.

CAPÍTULO IV Comunicações

Artigo 64.º

Comunicação das situações de perigo pelas autoridades policiais e judiciais

1 — As entidades policiais e as autoridades judiciais comunicam as comissões de protecção as situações de crianças e jovens em perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as autoridades judiciais adoptam as providências tutelares cíveis adequadas.

Artigo 65.º

Comunicação das situações de perigo conhecidas pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude

1 — As entidades com competência em matéria de infância e juventude comunicam as comissões de protecção as situações de perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções sempre que não possam, no âmbito exclusivo da sua competência, assegurar em tempo a protecção suficiente que as circunstâncias do caso exigem.

2 — Caso a comissão de protecção não esteja instalada ou quando não tenha competência para aplicar a medida adequada, designadamente sempre que os pais da criança ou do jovem expressem a sua vontade quanto ao seu consentimento ou a não oposição para a futura adopção, as entidades devem comunicar a situação de perigo directamente ao Ministério Público.

3 — As instituições de acolhimento devem comunicar ao Ministério Público todas as situações de crianças e jovens que acolham sem prévia decisão da comissão de protecção ou judicial.

Artigo 66.º

Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa

— Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, as entidades policiais, as comissões de protecção ou as autoridades judiciais.

2 — A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

3 — Quando as comunicações sejam dirigidas às entidades referidas no n.º 1, estas procedem ao estudo sumário da situação e proporcionam a protecção compatível com as suas atribuições, dando conhecimento da situação à comissão de protecção sempre que entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente.

Artigo 67.º

Comunicações das comissões de protecção aos organismos de segurança social

As comissões de protecção dão conhecimento aos organismos de segurança social das situações de crianças e jovens que se encontrem em alguma das situações previstas no artigo 1978.º do Código Civil e de outras situações que entendam dever encaminhar para a adopção.

Artigo 68.º

Comunicações das comissões de protecção ao Ministério Público

As comissões de protecção comunicam ao Ministério Público:

- As situações em que considerem adequado o encaminhamento para a adopção;
- As situações em que não sejam prestados ou sejam retirados os consentimentos necessários à sua intervenção, à aplicação da medida ou à sua revisão, em que haja oposição da criança ou do jovem, ou em que, tendo estes sido prestados, não sejam cumpridos os acordos estabelecidos;
- As situações em que não obtenham a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considerem adequada, nomeadamente por oposição de um serviço ou instituição;
- As situações em que não tenha sido proferida decisão decorridos seis meses após o conhecimento da situação da criança ou do jovem em perigo;
- A aplicação da medida que determine ou mantenha a separação da criança ou do jovem dos seus pais, representante legal ou das pessoas que tenham a sua guarda de facto.

Artigo 69.º

Comunicações das comissões de protecção ao Ministério Público para efeitos de procedimento cível

As comissões de protecção comunicam ainda ao Ministério Público as situações de facto que justifiquem a regulamentação ou a alteração do regime de exercício do poder paternal, a inibição do poder paternal, a instauração da tutela ou a adopção de qualquer outra providência cível, nomeadamente nos casos em que se mostre necessária a fixação ou a alteração ou se verifique o incumprimento das prestações de alimentos.

Artigo 70.º

Participação dos crimes cometidos contra crianças e jovens

Quando os factos que tenham determinado a situação de perigo constituam crime, as entidades e instituições

referidas nos artigos 7.º e 8.º devem comunicá-los ao Ministério Público ou as entidades policiais, sem prejuízo das comunicações previstas nos artigos anteriores.

Artigo 71.º

Consequências das comunicações

1 — As comunicações previstas nos artigos anteriores não determinam a cessação da intervenção das entidades e instituições, salvo quando não tiverem sido prestados ou tiverem sido retirados os consentimentos legalmente exigidos.

2 — As comunicações previstas no presente capítulo devem indicar as providências tomadas para proteção da criança ou do jovem e ser acompanhadas de todos os elementos disponíveis que se mostrem relevantes para apreciação da situação, salvaguardada a intimidade da criança ou do jovem.

CAPÍTULO V

Intervenção do Ministério Público

Artigo 72.º

Atribuições

— O Ministério Público intervém na promoção e defesa dos direitos das crianças e jovens em perigo, nos termos da presente lei, podendo exigir aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a sua guarda de facto os esclarecimentos necessários.

2 — O Ministério Público acompanha a actividade das comissões de protecção, tendo em vista apreciar a legalidade e a adequação das decisões, a fiscalização da sua actividade processual e a promoção dos procedimentos judiciais adequados.

3 — Compete, ainda, de modo especial, ao Ministério Público representar as crianças e jovens em perigo, propondo acções, requerendo providências tutelares cíveis e usando de quaisquer meios judiciais necessários a promoção e defesa dos seus direitos e a sua protecção.

Artigo 73.º

Iniciativa do processo judicial de promoção e protecção

1 — O Ministério Público requer a abertura do processo judicial de promoção dos direitos e de protecção quando:

a) Tenha conhecimento das situações de crianças e jovens em perigo residentes em áreas em que não esteja instalada comissão de protecção, sem prejuízo do disposto no artigo 74.º;

b) Recebidas as comunicações a que se refere o artigo 68.º, considere necessária a aplicação judicial de uma medida de promoção e protecção;

c) Requeira a apreciação judicial da decisão da comissão de protecção nos termos do artigo 76.º.

2 — No caso previsto na alínea b) do número anterior, o Ministério Público, antes de requerer a abertura do processo judicial, pode requisitar a comissão o processo relativo ao menor e solicitar-lhe os esclarecimentos que tiver por convenientes.

Artigo 74.º

Arquivamento liminar

O Ministério Público arquiva liminarmente, através de despacho fundamentado, as comunicações que receba quando seja manifesta a sua falta de fundamento ou a desnecessidade da intervenção.

Artigo 75.º

Requerimento de providências tutelares cíveis

O Ministério Público requer ao tribunal as providências tutelares cíveis adequadas:

a) No caso previsto na alínea a) do artigo 68.º, quando concorde como entendimento da comissão de protecção;

b) Sempre que considere necessária, nomeadamente nas situações previstas no artigo 69.º

Artigo 76.º

Requerimento para apreciação judicial

1 — O Ministério Público requer a apreciação judicial da decisão da comissão de protecção quando entenda que as medidas aplicadas são ilegais ou inadequadas para promoção dos direitos e protecção da criança ou do jovem em perigo.

2 — O requerimento para apreciação judicial da decisão da comissão de protecção indica os fundamentos da necessidade de intervenção judicial e é acompanhado do processo da comissão.

3 — Para efeitos do número anterior, o Ministério Público requisita previamente a comissão de protecção o respectivo processo.

4 — O requerimento para apreciação judicial deve ser apresentado no prazo de 15 dias após o recebimento da comunicação da decisão da comissão pelo Ministério Público e dele é dado conhecimento à comissão de protecção.

5 — O presidente da comissão de protecção é ouvido sobre o requerimento do Ministério Público.

CAPÍTULO VI

Disposições processuais gerais

Artigo 77.o

Disposições comuns

As disposições do presente capítulo aplicam-se aos processos de promoção dos direitos e de protecção, adiante designados processos de promoção e protecção (ao, instaurados nas comissões de protecção ou nos tribunais.

Artigo 78.o

Caracter individual e único do processo

O processo de promoção e protecção é individual, sendo organizado um único processo para cada criança ou jovem.

Artigo 79.o

Competência territorial

1 — É competente para a aplicação das medidas de promoção e protecção a comissão de protecção ou o tribunal da área da residência da criança ou do jovem no momento em que é recebida a comunicação da situação ou instaurado o processo judicial.

2 — Se a residência da criança ou do jovem não for conhecida, nem for possível determiná-la, é competente a comissão de protecção ou o tribunal do lugar onde aquele for encontrado.

3 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a comissão de protecção (ao ou o tribunal do lugar onde a criança ou o jovem for encontrado realiza as diligências consideradas urgentes e toma as medidas necessárias para a sua protecção imediata.

4 — Se, após a aplicação da medida, a criança ou o jovem mudar de residência por período superior a três meses, o processo é remetido à comissão de protecção (ao ou ao tribunal da área da nova residência.

5 — Salvo o disposto no número anterior, são irrelevantes as modificações de facto que ocorrerem posteriormente ao momento da instauração do processo.

Artigo 80.o

Apensação de processos

Sem prejuízo das regras de competência territorial, quando a situação de perigo abranger simultaneamente mais de uma criança ou jovem, pode ser instaurado um único processo e, tendo sido instaurado processos distintos, pode proceder-se à apensação de todos eles ao que foi instaurado em primeiro lugar, se as relações familiares ou as situações de perigo em concreto o justificarem.

Artigo 81.o

Apensação de processos de natureza diversa

1 — Quando, relativamente à mesma criança ou jovem, forem instaurados sucessivamente processos de promoção e protecção, tutelar educative ou relativos a providências tutelares cíveis, devem os mesmos correr por apenso, sendo competente para deles conhecer o juiz do processo instaurado em primeiro lugar.

2 — A apensação referida no número anterior só será determinada relativamente ao processo de promoção e protecção a correr termos na comissão de protecção se o juiz, por despacho fundamentado, entender que existe ou pode existir incompatibilidade das respectivas medidas ou decisões.

3 — Para a observância do disposto no número anterior, o juiz solicita à comissão de protecção (ao que o informe sobre qualquer processo de promoção e protecção pendente ou que venha a ser instaurado posteriormente relativamente a mesma criança ou jovem.

Artigo 82.o

Jovem arguido em processo penal

1 — Quando relativamente a um mesmo jovem correrem simultaneamente processo de promoção e protecção e processo penal, a comissão de protecção ou o tribunal de família e menores remete a autoridade judiciária competente para o processo penal cópia da respectiva decisão, podendo acrescentar as informações sobre a inserção familiar e sócio-profissional do jovem que considere adequadas.

2 — Os elementos referidos no número anterior são remetidos após a notificação ao jovem do despacho que designa dia para a audiência de julgamento, sendo-lhes correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 369.o, n.o 1, 370.o, n.o 3, e 371.o, n.o 2, do Código de Processo Penal.

3 — Quando o jovem seja preso preventivamente, os elementos constantes do n.o 1 podem ser remetidos a todo o tempo, a solicitação deste ou do defensor, ou como seu consentimento.

4 — As autoridades judiciais participam as entidades competentes em matéria de promoção dos direitos e protecção as situações de jovens arguidos em processo penal que se encontrem em perigo, remetendo-lhes os elementos de que disponham e que se mostrem relevantes para a apreciação da situação, nos termos do n.o 2 do artigo 71.o

Artigo 83.o

Aproveitamento dos actos anteriores

As comissões de protecção (ao e os tribunais devem abster-se de ordenar a repetição de diligências já efectuadas, nomeadamente relatórios sociais ou exames médicos, salvo quando o interesse superior da criança exija a sua repetição ou esta se torne necessária para assegurar o princípio do contraditório.

Artigo 84.o

Audiência da criança e do jovem

1 — As crianças e os jovens com mais de 12 anos, ou com idade inferior quando a sua capacidade para

compreender o sentido da intervenção o aconselhe, são ouvidos pela comissão de protecção ou pelo juiz sobre as situações que deram origem à intervenção e relativamente à aplicação, revisão ou cessação de medidas de promoção e protecção.

2 — A criança ou o jovem tem direito a ser ouvido individualmente ou acompanhado pelos pais, pelo representante legal, por advogado da sua escolha ou oficioso ou por pessoa da sua confiança.

Artigo 85.º

Audi ao dos titulares do poder paternal

Os pais, o representante legal e as pessoas que tenham a guarda de facto da criança ou do jovem são obrigatoriamente ouvidos sobre a situação que originou a intervenção e relativamente à aplicação, revisão ou cessação de medidas de promoção e protecção.

Artigo 86.º

Informa ao e assistência

1 — O processo deve decorrer de forma compreensível para a criança ou jovem, considerando a idade e o grau de desenvolvimento intelectual e psicológico.

2 — Na audição da criança ou do jovem e no decurso de outros actos processuais ou diligências que o justifiquem, a comissão de protecção ou o juiz podem determinar a intervenção ou a assistência de médicos, psicólogos ou outros especialistas ou de pessoa da confiança da criança ou do jovem, ou determinar a utilização dos meios técnicos que lhes pareçam adequados.

Artigo 87.º

Exames

1 — Os exames médicos que possam ofender o pudor da criança ou do jovem apenas são ordenados quando for julgado indispensável e o seu interesse o exigir e devem ser efectuados na presença de um dos progenitores ou de pessoa da confiança da criança ou do jovem, salvo se o examinado o não desejar ou o seu interesse o exigir.

2 — Os exames médicos referidos no número anterior são realizados por pessoal médico devidamente qualificado, sendo garantido à criança ou ao jovem o necessário apoio psicológico.

3 — Aos exames médicos e correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 9.º e 10.º

4 — Os exames têm carácter de urgência e, salvo quando outro prazo for exigido pela sua natureza, os respectivos relatórios são apresentados no prazo máximo de 30 dias.

5 — A comissão de protecção ou o tribunal podem, quando necessária para assegurar a protecção da criança ou do jovem, requerer ao tribunal certidão dos relatórios dos exames efectuados em processos relativos a crimes de que tenham sido vítimas, que possam ser utilizados como meios de prova.

Artigo 88.º

Carácter reservado do processo

1 — O processo de promoção e protecção é de carácter reservado.

2 — Os membros da comissão de protecção têm acesso aos processos em que intervenham, sendo aplicável, nos restantes casos, o disposto nos n.ºs 1 e 5.

3 — Os pais, o representante legal e as pessoas que detenham a guarda de facto podem consultar o processo pessoalmente ou através de advogado.

4 — A criança ou o jovem podem consultar o processo através do seu advogado ou pessoalmente se o juiz o autorizar, atendendo à sua maturidade, capacidade de compreensão e natureza dos factos.

5 — Pode ainda consultar o processo, directamente ou através de advogado, quem manifeste interesse legítimo, quando autorizado e nas condições estabelecidas em despacho do presidente da comissão de protecção ou do juiz, conforme o caso.

6 — Os processos das comissões de protecção são destruídos quando a criança ou jovem atinjam a maioridade ou, no caso da alínea d) do n.º 1 do artigo 63.º os 21 anos.

7 — Em caso de aplicação da medida de promoção e protecção prevista na alínea d) do n.º 1 do artigo 35.º, deve ser respeitado o segredo de identidade relativo aos adoptantes e aos pais biológicos do adoptado, nos termos previstos no artigo 1985.º do Código Civil e no artigo 173.º-B da Organização Tutelar de Menores.

Artigo 89.º

Consulta para fins científicos

1 — A comissão de protecção ou o tribunal podem autorizar a consulta dos processos por instituições credenciadas no domínio científico, ficando todos aqueles que lhe tiverem acesso obrigados a dever de segredo relativamente aquilo de que tomarem conhecimento.

2 — A divulgação de quaisquer estudos deve ser feita de modo que torne impossível a identificação das pessoas a quem a informação disser respeito.

3 — Para fins científicos podem, com autorização da comissão restrita de protecção ou do juiz, ser publicadas pegas de processos, desde que se impossibilite a identificação da criança ou jovem, seus familiares e restantes pessoas nelas referidas.

Artigo 90.º

Comunica ao social

1 — Os órgãos de comunicação social, sempre que divulguem situações de crianças ou jovens em perigo, não podem identificar, nem transmitir elementos, sons ou imagens que permitam a sua identificação, sob pena de as seus agentes incorrerem na prática de crime de desobediência.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os órgãos de comunicação social podem relatar o conteúdo dos actos públicos do processo judicial de promoção e protecção.

3 — Sempre que tal seja solicitado e sem prejuízo do disposto no n.º 1, o presidente da comissão de protecção ou o juiz do processo informam os órgãos de comunicação social sobre os factos, decisão e circunstâncias necessárias para a sua correcta compreensão.

CAPÍTULO VII Procedimentos de urgência

Artigo 91.º

Procedimentos urgentes na ausência do consentimento

1 — Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

2 — As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade.

3 — Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado.

4 — O Ministério Público, recebida a comunicação efectuada por qualquer das entidades referidas nos números anteriores, requer imediatamente ao tribunal competente procedimento judicial urgente nos termos do artigo seguinte.

Artigo 92.º

Procedimentos judiciais urgentes

1 — O tribunal, a requerimento do Ministério Público, quando lhe sejam comunicadas as situações referidas no artigo anterior, profere decisão provisória, no prazo de quarenta e oito horas, confirmando as providências tomadas para a imediata protecção da criança ou do jovem, aplicando qualquer uma das medidas previstas no artigo 35.º ou determinando o que tiver por conveniente relativamente ao destino da criança ou do jovem.

2 — Para efeitos do disposto no artigo anterior, o tribunal precede as averiguações sumárias e indispensáveis e ordena as diligências necessárias para assegurar a execução das suas decisões, podendo recorrer às entidades policiais e permitir as pessoas a quem incumba do cumprimento das suas decisões a entrada, durante o dia, em qualquer casa.

3 — Proferida a decisão provisória referida no n.º 1, o processo segue os seus termos como processo judicial de promoção e protecção.

CAPÍTULO VIII

Do processo nas comissões de protecção de crianças e jovens

Artigo 93.º

Iniciativa da intervenção das comissões de protecção

Sem prejuízo do disposto nos artigos 64.º a 66.º, as comissões de protecção intervêm:

- a) A solicitação da criança ou do jovem, dos seus pais, representante legal ou das pessoas que tenham a sua guarda de facto;
- b) Por sua iniciativa, em situações de que tiverem conhecimento no exercício das suas funções.

Artigo 94.º

Informação e audição dos interessados

1 — A comissão de protecção, recebida a comunicação da situação ou depois de proceder a diligências sumárias que a confirmem, deve contactar a criança ou o jovem, os titulares do poder paternal ou a pessoa com quem a criança ou o jovem residam, informando-os da situação e ouvindo-os sobre ela.

2 — A comissão de protecção deve informar as pessoas referidas no número anterior do modo como se processa a sua intervenção, das medidas que pode tomar, do direito de não autorizarem a intervenção e suas possíveis consequências e do seu direito a fazerem-se acompanhar de advogado.

Artigo 95.º

Falta do consentimento

Faltando ou tendo sido retirados os consentimentos previstos no artigo 9.º, ou havendo oposição do menor, nos termos do artigo 10.º, a comissão abstém-se de intervir e comunica a situação ao Ministério Público competente, remetendo-lhe o processo ou os elementos que considere relevantes para a apreciação da situação.

Artigo 96.º

Diligências nas situações de guarda ocasional

1 — Quando a criança se encontre a viver com uma pessoa que não detenha o poder paternal, não seja o seu representante legal, nem tenha a sua guarda de facto, a comissão de protecção deve diligenciar de imediato, por todos os meios ao seu alcance, no sentido de entrar em contacto com as pessoas que devem prestar o consentimento, a fim de que estes ponham cobro à situação de perigo ou prestem o consentimento para a intervenção.

2—Ate ao momenta em que o contacto com os pais ou representantes legais seja possivel e sem prejuzo dos procedimentos de urgencia, a comissao de protecyao proporciona a criana ou ao jovem os meios de apoio adequados, salvo se houver oposi ao da pessoa com quem eles residem.

3 — Quando se verifique a oposi ao referida no numero anterior, a comissao de protec ao comunica imediatamente a situagao ao Ministerio Publico.

Artigo 97.o

Processo

1 — O processo inicia-se com o recebimento da comunica ao escrita ou com o registo das comunicacoes verbais ou dos factos de que a referida comissao tiver conhecimento.

2 — O processo da comissao de protec ao inclui a recolha de informa ao, as diligencias e os exames necessaries e adequados ao conhecimento da situa ao, a fundamentagao da decisao, a aplicagao da respectiva medida e a sua execu ao.

3 — O processo e organizado de modo que nele sejam registados por ordem cronol6gica todos os actos e diligencias praticados ou solicitados pela comissao de protec ao.

4—Relativamente a cada processo e transcrita na acta da comissao restrita, de forma sumaria, a deliberagao e a sua fundamenta ao.

Artigo 98.o

Decisao relativa a medida

1 — Reunidos os elementos sobre a situayao da crianga ou do jovem, a comissao restrita, em reuniao, aprecia o caso, arquivando o processo quando a situayao de perigo nao se confirme ou ja nao subsista, ou delibera a aplicagao da medida adequada.

2 — Perante qualquer proposta de intervengao da comissao de protec ao, as pessoas a que se referem os artigos 9.o e 10.o podem solicitar urn prazo, nao superior a oito dias, para prestar consentimento ou manifestar a nao oposiyao.

3— Havendo acordo entre a comissao de protec ao e as pessoas a que se referem os artigos 9.o e 10.o no tocante a medida a adoptar, a decisao e reduzida a escrito, tomando a forma de acordo, nos termos do disposto nos artigos 55.o a 57.o, o quale assinado pelos intervenientes.

4 — Nao havendo acordo, e mantendo-se a situa ao que justifique a aplicagao de medida, a comissao de protec ao remete o processo ao Ministerio Publico.

Artigo 99.o

Arquivamento do processo

Cessando a medida, o processo e arquivado, s6 podendo ser reaberto se ocorrerem novos factos que justifiquem a aplica ao de medida de promoyao e protec ao.

CAPITULO IX

Do processo judicial de promogao e protec ao

Artigo 100.o

Processo

O processo judicial de promogao dos direitos e protec ao das crianas e jovens em perigo, doravante designado processo judicial de promogao e protec ao, e de jurisdi ao voluntaria.

Artigo 101.o

Tribunal competente

1 — Compete ao tribunal de famlia e menores a instru ao e o julgamento do processo.

2 — Fora das areas abrangidas pela jurisdi ao dos tribunais de familia e menores cabe ao tribunal da respectiva comarca conhecer das causas que aqueles estao atribufdas.

3—No caso previsto no numero anterior, o tribunal constitui-se em tribunal de familiae menores.

Artigo 102.o

Processos urgentes

1 — Os processos judiciais de promogao e protecyao sao de natureza urgente, correndo nas ferias judiciais.

2 — Os processos nao estao sujeitos a distribui ao, sendo imediatamente averbados ao juiz de tumo.

Artigo 103.o

Advogado

1 — Os pais, o representante legal ou quem tiver a guarda de facto podem, em qualquer fase do processo, consti!uir advogado ou requerer a nomeaao de patrono que o represente, a si ou a criana ou ao jovem.

2 — E obrigat6ria a nomeagao de patrono a criana ou jovem quando os seus interesses e os dos seus pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto sejam conflituantes e ainda quando a criana ou jovem com a maturidade adequada o solicitar ao tribunal.

3—A nomea ao do patrono e efectuada nos termos da lei do apoio judiciario.

4—No debate judicial e obrigat6ria a constituao de advogado ou a nomea ao de patrono a criana ou jovem.

Artigo 104.o
Contraditório

1 — A criança ou jovem, os seus pais, representante legal ou quem tiver a guarda de facto tem direito a requerer diligências e oferecer meios de prova.

2 — No debate judicial podem ser apresentadas alegações escritas e é assegurado o contraditório.

3 — O contraditório quanto aos factos e a medida aplicável sempre assegurado em todas as fases do processo, designadamente na conferência tendo em vista a obtenção de acordo e no debate judicial, quando se aplicar a medida prevista na alínea g) do n.º 1 do artigo 35.o

Artigo 105.o Inicial
processual

1 — A iniciativa processual cabe ao Ministério Público.

2 — Os pais, o representante legal, as pessoas que tenham a guarda de facto e a criança ou jovem com idade superior a 12 anos podem também requerer a intervenção do tribunal no caso previsto na alínea e) do artigo 11.o

Artigo 106.o
Fases do processo

1 — O processo de promoção e protecção é constituído pelas fases de instrução, debate judicial, decisão e execução da medida.

2 — Recebido o requerimento inicial, o juiz profere despacho de abertura de instrução ou, se considerar que dispõe de todos os elementos necessários, ordena as notificações a que se refere o n.º 1 do artigo 114.o, seguindo-se os demais termos nele previstos.

Artigo 107.o
Despacho inicial

1 — Declarada aberta a instrução, o juiz designa data para a audiência obrigatória:

a) Da criança ou do jovem;

b) Dos pais, do representante legal da criança ou do jovem ou da pessoa que tenha a sua guarda de facto.

2 — No mesmo despacho, o juiz, sempre que o julgar conveniente, pode designar dia para ouvir os técnicos que conhecem a situação da criança ou do jovem a fim de prestarem os esclarecimentos necessários.

3 — Com a notificação da designação da data referida no n.º 1 procede-se também a notificação dos pais, representantes legais ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem para, querendo, requererem a realização de diligências instrutórias ou juntarem meios de prova.

Artigo 108.o Informação ou
relatório social

1 — O juiz, se o entender necessária, pode utilizar, como meios de obtenção da prova, a informação ou o relatório social sobre a situação da criança e do jovem e do seu agregado familiar.

2 — A informação é solicitada pelo juiz às entidades referidas na alínea d) do artigo 5.o, que a remetem ao tribunal no prazo de oito dias.

3 — A elaboração de relatório social é solicitada pelo juiz a qualquer das entidades a que se refere o artigo 5.o, alínea d), que disponha de serviço social adequado para o efeito, que o remete no prazo de 30 dias.

Artigo 109.o
Duração

A instrução do processo de promoção e de protecção não pode ultrapassar o prazo de quatro meses.

Artigo 110.o
Encerramento da instrução

O juiz, ouvido o Ministério Público, declara encerrada a instrução e:

a) Decide o arquivamento do processo;

b) Designa dia para uma conferência com vista à obtenção de acordo de promoção e protecção;
ou

c) Quando se mostre manifestamente improvável uma solução negociada, determina o prosseguimento do processo para realização de debate judicial — ordena as notificações a que se refere o n.º 1 do artigo 114.o

Artigo 111.o
Arquivamento

O juiz decide o arquivamento do processo quando concluir que, em virtude de a situação de perigo não se comprovar ou já não subsistir, se tornou desnecessária a aplicação de qualquer medida de promoção e protecção.

Artigo 112.o
Decisão negociada

O juiz convoca para a conferência, com vista à obtenção de acordo de promoção e protecção, o Ministério Público, os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, a criança ou jovem com mais de 12 anos e as pessoas e representantes de entidades cuja presença e subscrição do acordo seja entendida como relevante.

Artigo 113.o

Acordo de promo9ao e protec9ao

1 — Ao acordo de promor,9ao e protec,9ao e aplicavel, com as devidas adapta96es, o disposto nos artigos 55.o a 57.o

2 — Nao havendo oposi9ao do Ministerio Publico, o acordo e homologado por decisao judicial.

3 — O acordo fica a constar da acta e e subscrito por todos os intervenientes.

Artigo 114.o

Debate judicial

1 — Se nao tiver sido possivel obter o acordo de promo9ao e protec9ao, ou quando este se mostre manifestamente improvavel, o juiz notifica o Ministerio Publico, os pais, o representante legal, quem detiver a guarda de facto e a crian9a ou jovem com mais de 12 anos para alegarem, por escrito, querendo, e apresentarem prova no prazo de 10 dias.

2 — O Ministerio Publico deve alegar por escrito e apresentar provas sempre que considerar que a medida a aplicar e a prevista na alinea g) do n.o 1 do artigo 35.o

3 — Recebidas as alega96es e apresentada a prova, o juiz designa dia para o debate judicial e ordena a notifica9ao das pessoas que devam comparecer.

4 — Com a notifica9ao da data para o debate judicial e dado conhecimento aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a guarda de facto das alega96es e prova apresentada pelo Ministerio Publico e a este das restantes alega96es e prova apresentada.

Artigo 115.o

Composi9ao do tribunal

O debate judicial sera efectuado perante urn tribunal composto pelo juiz, que preside, e por dois juizes sociais.

Artigo 116.o

Organiza9ao do debate judicial

1 — O debate judicial e contnuo, decorrendo sem interrup9ao ou adiamento ate ao encerramento, salvo as suspensoes necessarias para alimenta9ao e repouso dos participantes.

2 — O debate judicial nao pode ser adiado e inicia-se com a produ9ao da prova e aud9ao das pessoas presentes, ordenando o juiz as diligencias necessarias para que compare9am os nao presentes na data que designar para o seu prosseguimento.

3 — A leitura da decisao e publica, mas ao debate judicial s6 podem assistir as pessoas que o tribunal expressamente autorizar.

Artigo 117.o

Regime das provas

Para a forma9ao da convic9ao do tribunal e para a fundamenta9ao da decisao s6 podem ser consideradas as provas que puderem ter sido contraditadas durante o debate judicial.

Artigo 118.o

Documenta9ao

— As declara96es prestadas em audiencia sao documentadas em acta quando o tribunal nao dispuser de meios idoneos para assegurar a sua reprodu9ao integral.

2 — No caso previsto no numero anterior, o juiz dita para a acta uma sumula das declara96es, podendo o Ministerio Publico e os advogados requerer que sejam aditados os elementos que se mostrarem necessarios a boa decisao da causa.

Artigo 119.o

Alega96es

Produzida a prova, o juiz concede a palavra ao Ministerio Publico e aos advogados para alega96es, por trinta minutos cada urn.

Artigo 120.o

Competencia para a decisao

1 — Terminado o debate, o tribunal recolhe para decidir.

2 — A decisao e tomada por maioria de votos, votando em primeiro lugar os juizes sociais, por ordem crescente de idade, e, no fim, o juiz presidente.

Artigo 121.o

Decisao

1 — A decisao inicia-se por urn relat6rio sucinto, em que se identifica a crian9a ou jovem, os seus pais, representante legal, ou a pessoa que tem a guarda de facto e se precede a uma descri9ao da tramta9ao do processo.

2 — Ao relat6rio segue-se a fundamenta9ao que consiste na enumera9ao dos factos provados e nao provados, bem como na sua valoragao e exposi9ao das raz6es que justificam o arquivamento ou a aplicacao de uma medida de promogao e protec9ao, terminando pelo dispositive e decisao.

Artigo 122.o

Leitura da decisao

- 1 — ~~A~~ decisao e lida pelo juiz presidente, podendo ser ditada para a acta, em acto contnuo à deliberagao.
- 2 — Nos casos de especial complexidade, o debate judicial pode ser suspenso e designado novo dia para leitura da decisao.

Artigo 123.o

Recursos

- 1 — Cabe recurso das decisoes que, definitiva ou provisoriamente, se pronunciem sobre a aplica(çao, altera(çao ou cessagao de medidas de promogao e protecçao.
- 2 — Podem recorrer o Ministerio Publico, a crianga ou o jovem, os pais, o representante legal e quem tiver a guarda de facto da crianga ou do jovem.

Artigo 124.o

Processamento e efeito dos recursos

- 1 — Os recursos sao processados e julgados como os agravos em materia cfvel.
- 2 — Cabe ao tribunal recorrido fixar o efeito do recurso.

Artigo 125.o

A execu9ao da medida

No processo judicial de promogao e protecçao a execuçao da medida sera efectuada nos termos dos n.os 2 e 3 do artigo 59.o

Artigo 126.o

Direito subsidiario

Ao processo de promogao e protecçao sao aplicaveis subsidiariamente, com as devidas adaptagoes, na fase de debate judicial e de recursos, as normas relativas ao processo civil de declaragao sob a forma sumaria.

ANEXO VII

Fluxograma de Intervenção nos Centros de Saúde



ANEXO VIII

Fluxograma de Intervenção nos Hospitais/Serviço de Urgência

[illegible]

Fonte: DGS – Missão para os CSP.